LA SANIDAD PÚBLICA EN LA ERA POST-COVID

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE
MADALINA CRISBASIANU
(COORDS.)

CATARATA

LA SANIDAD PÚBLICA EN LA ERA POST-COVID

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE
MADALINA CRISBASIANU
(COORDS.)

CATARATA

LA SANIDAD PÚBLICA EN LA ERA POST-COVID

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE
MADALINA CRISBASIANU
(COORDS.)

CATARATA

Índice

INTRODUCCIÓN. Marciano Sánchez Bayle y Madalina Crisbasianu

¿Hemos aprendido algo?

CAPÍTULO 1. LA PANDEMIA DE COVID-19 EN PORTUGAL. Miguel Cabral de Pinho, Laurinda Queirós es Isabel do Carmo

Primera ola de la pandemia

Segunda y tercera ola de la pandemia

Cuarta ola de la pandemia

Quinta y sexta ola de la pandemia

Los retos de la pandemia

Consideraciones finales

CAPÍTULO 2. LA PANDEMIA EN ESPAÑA. Sergio Fernández Ruzi y Marciano Sánchez Bayle

Incidencia y mortalidad

La situación previa a la pandemia

El estallido de la epidemia

La respuesta del sistema sanitario

El caso de las residencias

La vacunación

Una comparación internacional

Las medidas económicas

A modo de conclusión

CAPÍTULO 3. SERVICIOS DE SALUD DEL REINO UNIDO EN EL PERIODO DE PANDEMIA Y POSPANDEMIA. Sally Ruane

Desafíos de los servicios de salud durante la pandemia

Problemas pendientes que esperan soluciones efectivas

Amenazas y desafíos que enfrenta el NHS en una era de emergencia climática e inestabilidad económica

¿Qué se necesita para fortalecer el Servicio Nacional de Salud en el nuevo contexto?

CAPÍTULO 4. CRISIS SANITARIA Y EXPERIENCIA DEL ABORDAJE DE LA PANDEMIA COVID-19 EN CHILE. Cesar Gattini

Introducción

La pandemia

Problemas pendientes de solución

Escenarios pospandemia

Necesidad de refuerzo de la sanidad pública

CAPÍTULO 5. ATENCIÓN A LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA CIUDAD DE MÉXICO. Olivia López Arellano, Victoria Ixhel Delgado Campos y Silvana Forti

El contexto

Las reformas de salud en México: la estrategia hegemónica global y sus resultados locales

La Ciudad de México

El sistema de salud en la ciudad de México

La respuesta sanitaria frente a la pandemia de COVID-19

Resultados

Reflexiones finales

El futuro del sistema de salud

CAPÍTULO 6. PANDEMIA COVID-19 EN LOS ESTADOS UNIDOS: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES PARA EL SISTEMA SANITARIO. Daniel Puga Reimann y María Eugenia León Rueda

La pandemia en cifras

La respuesta inicial

Las pautas de distanciamiento físico

El negacionismo

El desarrollo de vacunas y tratamientos

Los determinantes sociales de salud

La ausencia de sistema universal de salud

El impacto en el sistema de salud y los trabajadores sanitarios

Prevención de pandemias

Conclusiones

CAPÍTULO 7. LA INFLUENCIA DEL MEDIOAMBIENTE EN LA SALUD Y EN LOS SISTEMAS SANITARIOS. Carmen Sánchez Bellido

Las enfermedades emergentes

Crisis energética

Contaminación atmosférica

Calentamiento global

Pérdida de la biodiversidad

Influencia del clima en la alimentación

Recursos hídricos

Las desigualdades y la pobreza

Las mujeres, más afectadas por el deterioro medioambiental

Cambio climático y salud mental

Deterioro de los sistemas sanitarios

Salud laboral

Olas de calor, un riesgo laboral emergente

Salvar el medioambiente humano. Cuidar nuestra salud

Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático COP 27

Hacia la acción sobre la salud y el cambio climático para la eurorregión de la OMS

Medidas en el Estado español

El sector salud responsable de emisiones

Reducir el calentamiento urbano con el incremento de la cubierta arbórea

Alimentación saludable pensando también en el medioambiente

Abordar los efectos en la salud mental

CAPÍTULO 8. DEL ESTADO DE BIENESTAR A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. Carlos Ponte Mittelbrun

Causalidad y complejidad

Más no siempre es mejor

Industrialismo y neoliberalismo sanitario

La sociedad posindustrial, la salud y la enfermedad

Tendencias de los sistemas sanitarios públicos

Casos de estudio

Una apuesta de futuro: la protección de la salud como un derecho humano

CAPÍTULO 9. LA POLÍTICA FARMACÉUTICA DESPUÉS DE LA COVID-19: UN CAMBIO NECESARIO. Fernando Lamata Cotanda y Serapio Severiano Peña

La gran mentira: 'los derechos de propiedad intelectual' son el 'incentivo' necesario para mantener la I+D en medicamentos

El papel y el poder de la industria farmacéutica durante la pandemia de la COVID-19

Después de la crisis de la COVID-19, la 'inercia' (es decir, la presión) para seguir igual es muy fuerte

La necesidad de cambio: alternativas para una política farmacéutica más saludable

El papel imprescindible de la sociedad civil

CAPÍTULO 10. LAS TIC Y LA SALUD. Carlos Sánchez Fernández

Información

Formación

Almacenamiento y accesibilidad de datos

Consultas de telemedicina

Investigación y alertas de salud pública

Uso de dispositivos

Pensando en el futuro

CAPÍTULO 11. LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL FUTURO. José Manuel Aranda Regulés

¿Atención primaria de salud y asistencia primaria son lo mismo? La atención primaria de salud es un proyecto de desarrollo social

¿Es necesario un cambio del modelo?

Aprendiendo de la historia: los problemas del desarrollo de la APS en España

Una respuesta a los problemas: 'Salvemos la atención primaria de salud'

Epílogo. ¿Qué hacer?

CAPÍTULO 12. APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA Y PROPUESTAS PARA AVANZAR. Madalina Crisbasianu y Marciano Sánchez Bayle

La salud como un derecho humano fundamental. Universalizar el

derecho a la atención sanitaria

El abordaje de la pandemia

Papel del aislamiento y confinamiento: importancia y mecanismos legales

Sistemas sanitarios dañados por la crisis económica anterior

Efecto sobre las privatizaciones

Desatención de la salud pública

Desabastecimiento: cadenas de suministros deslocalizadas

Capacidad de innovación e investigación

El papel del negacionismo

Vacunación

El problema de las residencias

Las desigualdades sociales

Problemas de coordinación nacional/regional/mundial

La desatención de los enfermos no-COVID-19

No se reforzó la sanidad pública

La movilización social

Propuestas para avanzar

SOBRE LOS AUTORES Y LAS AUTORAS

NOTAS

Marciano Sánchez Bayle

y Madalina Crisbasianu (coords.)

La sanidad pública en la era post-COVID

Colección Investigación y Debate

© José Manuel Aranda Regulés, Miguel Cabral de Pinho, Madalina Crisbasianu, Victoria Ixshel Delgado Campos, Isabel do Carmo, Sergio Fernández Ruiz, Silvana Forti, Cesar Gattini, Fernando Lamata Cotanda, María Eugenia León Rueda, Olivia López Arellano, Carlos Ponte Mittelbrun, Daniel Puga Reimann, Laurinda Queirós, Sally Ruane, Marciano Sánchez Bayle, Carmen Sánchez Bellido, Carlos Sánchez Fernández y Serapio Severiano Peña, 2023

© Los libros de la Catarata, 2023

Fuencarral, 70

28004 Madrid

Tel. 91 532 20 77

www.catarata.org

La sanidad pública en la era post-COVID

isbne: 978-84-1352-872-4

ISBN: 978-84-1352-799-4

DEPÓSITO LEGAL: M-28.553-2023

thema: JBFV/JKS/MBP

este libro ha sido editado para ser distribuido. La intención de los editores es que sea utilizado lo más ampliamente posible, que sean adquiridos originales para permitir la edición de otros nuevos y que, de reproducir partes, se haga constar el título y la autoría.

Introducción

Marciano Sánchez Bayle y Madalina Crisbasianu

"El viejo mundo se muere. El nuevo tarda en aparecer. Y en ese claroscuro surgen los monstruos"

(Antonio Gramsci)

La pandemia COVID-19 supuso un gran reto, no solo sanitario, sino también económico a nivel mundial. Hasta el 16 de marzo de 2023, según los datos de la Organización Mundial de la Salud, había más de 760 millones de casos confirmados y se habían producido 6,783 millones de muertes en todo el planeta, aunque es posible que el número de casos y muertes haya sido superior porque en las primeras etapas de la pandemia hubo bastantes casos no diagnosticados, y en algunos países, como sucede en España, a partir del pasado año dejaron de contabilizarse los nuevos casos si se producían en personas de menos de 60 años. El impacto en morbilidad y mortalidad ha sido pues muy importante en todo el mundo y solo tiene un antecedente reciente, en cuanto a su intensidad y extensión, en la conocida como gripe española de 1918.

Comparar la incidencia de casos de COVID-19 resulta bastante complicado, porque los datos están muy sesgados por la accesibilidad a los test diagnósticos que ha sido muy distinta según países y el momento concreto de la pandemia e, incluso, según la edad de las personas, porque, como ya se ha comentado, algunos países dejaron de registrar los casos en los más jóvenes. La mortalidad ofrece datos más consistentes, ya que, salvo en un momento muy inicial, se realizaron test a todos los casos más graves, al menos en los países con un cierto nivel de desarrollo,

aunque también se han cuestionado por la discrepancia existente entre los datos del cálculo de exceso de mortalidad y las muertes con diagnóstico comprobado de COVID-19, si bien cada vez hay más consenso sobre que esta discrepancia probablemente se debe a los casos de muertes por enfermedades no-COVID.

Con estas limitaciones, la mortalidad mundial registrada (OMS, 21/3/2023) era de 0,864/1.000 habitantes, con una gran variabilidad. En la tabla siguiente se recogen los casos declarados (fuente: OMS), la población en millones de habitantes (fuente: Naciones Unidas) y la tasa de mortalidad por 1.000 habitantes de cada país. De acuerdo con estas mismas fuentes, la tasa de mortalidad mundial fue de 0,864/1.000 habitantes. En la tabla llaman la atención los datos de Estados Unidos (3,330) y Brasil (3,248) donde se optó por diferir/liberalizar las medidas de contención con una política gubernamental negacionista (durante los gobiernos de Trump y Bolsonaro); y en Europa, los datos de Italia (3,130) y Reino Unido (3,056). Destacan, asimismo, los datos significativamente menores de los países del Sudeste Asiático, todos por debajo de 1/1.000.

El caso de China (0,083) merece consideración aparte, tanto por el hecho de que fue el primer país afectado como porque adoptó una política muy rígida de “COVID 0” basada en el aislamiento riguroso de las poblaciones en que se detectaba un solo caso de la enfermedad, y que ha sido muy controvertida, principalmente, desde que se liberalizó a finales de 2022. Varias fuentes señalan que la mortalidad podría haber sido muy superior, cifrándola en 1,5 millones de personas, si bien estas tienen una credibilidad limitada y sesgos de información, porque entran en la guerra de intereses comerciales y políticos entre las grandes potencias, y además generaron un gran ruido mediático con la expectativa de una expansión incontrolable de la enfermedad (en casos, hospitalizaciones, colapso del sistema sanitario, etc.) que no se ha producido. En todo caso e, incluso, admitiendo esas cifras de mortalidad, estaríamos en una tasa en torno a 1/1.000 habitantes.

El caso de África también merece una mención aparte, con 175.338 muertes declaradas (mortalidad de 0,144/1.000) supone una mortalidad inusualmente baja, que podría tener varias

justificaciones, principalmente sistemas sanitarios muy débiles con poca capacidad para diagnosticar la enfermedad y una población muy joven (la mortalidad, es bien conocido, se ha producido fundamentalmente en personas mayores).

Mortalidad por COVID-19 en países seleccionados

	Muertes	Población (millones)	Muertes/1.000
España	119.872	46,7	2,566
Portugal	26.362	10,1	2,610
Francia	161.700	65,6	2,464
Alemania	169.802	83,9	2,023
Reino Unido	209.396	68,5	3,056
Italia	188.750	60,3	3,130
EE.UU	1.114,970	334,8	3,330
México	333.327	131,6	2,532
Brasil	699,634	215,4	3,248
India	530.808	1.406,6	0,377
Japón	73.511	125,6	0,585
Corea del Sur	34.171	51,3	0,666
China	120.775	1.448,5	0,083
Australia	19.447	26,1	0,745
Nueva Zelanda	2.586	4,9	0,527

Fuente: Elaboración propia con datos de la OMS y Naciones Unidas.

Todos los datos abundan en la idea de que las políticas de contención (aislamientos, mascarillas, etc.) han tenido efectos beneficiosos sobre la mortalidad al menos hasta que la mayoría de la población estaba vacunada.

Tampoco conviene olvidar que la COVID-19, aunque la Organización Mundial de la Salud haya decretado su fin como emergencia sanitaria el 5 de mayo de 2023, es decir, como pandemia, sigue activa (33.950 casos nuevos a nivel mundial en las últimas 24 horas a 21 de marzo de 2023) y que es más que probable que continúe durante bastante tiempo, convirtiéndose en una enfermedad endémica con brotes en gran parte dependientes de la aparición de nuevas mutaciones del virus.

Además, hay que tener en cuenta la llamada COVID persistente, un síndrome presente en un elevado porcentaje de personas que han padecido la enfermedad (se ha señalado que podría alcanzar a un 10% de estas) y cuya duración y evolución todavía está por comprobarse.

Pero la pandemia no solo ha tenido un aspecto sanitario, sino que también impactó de una manera muy significativa sobre la economía mundial, que quedó casi paralizada en el momento más álgido de aquella, y eso se escenificó plenamente con una disminución del PIB mundial durante el año 2020: un 4,1% a nivel mundial, el 7% en América Latina y el 6,5% en la UE (un 6,8% en la eurozona), y el 10,8% en España. Las grandes economías mundiales presentaron una situación similar, salvo China, que, debido a un abordaje distinto de la pandemia, tuvo un crecimiento del 1,8%. Las cadenas de suministro se vieron interrumpidas y se cuestionó la extrema división del trabajo y las cadenas de suministro globales situadas en ocasiones a miles de kilómetros de distancia y que habían sido uno de los resultados de la globalización neoliberal.

A partir del siglo XIX, con la aparición de las vacunas y, sobre todo, desde el descubrimiento de los antibióticos en el siglo XX, parecía que las infecciones estaban prácticamente erradicadas y se postuló la llamada transición epidemiológica, que señalaba un cambio en la

prevalencia de enfermedades, ahora crónicas y degenerativas, dejando las infecciones como problema de salud exclusivo de los países más pobres.

Pese a ello, el cambio climático ha favorecido la transmisión de nuevas zoonosis y la emergencia de pandemias de las que ya había habido alguna muestra, como la gripe AH1N1, el ébola, etc., y por ello la OMS había señalado la necesidad de prepararse para una posible emergencia infectocontagiosa a nivel mundial, sin que la mayoría de los países, especialmente los más desarrollados, hicieran nada significativo al respecto.

Por supuesto, la capacidad de la investigación para el desarrollo de vacunas eficaces y de los sistemas sanitarios públicos para afrontar la pandemia y atender a los enfermos, en muchas ocasiones con gran riesgo para los profesionales sanitarios, es la parte positiva de esta experiencia.

Este libro pretende repasar la evolución de la pandemia en algunos países seleccionados de América (Estados Unidos, México y Chile) y de Europa (España, Portugal, Gran Bretaña) para aprender de las experiencias en cada uno de ellos, de los problemas encontrados y de los errores cometidos. Por otro lado, también se hace una reflexión sobre algunas cuestiones que probablemente van a tener una gran influencia en nuestra salud y en nuestros sistemas sanitarios en los próximos años, comenzando por la emergencia climática, que va a tener una notable repercusión sobre la salud del planeta y de las personas, la necesidad de plantearse un nuevo paradigma sobre los sistemas sanitarios, los problemas que plantean la política farmacéutica y la utilización de las tecnologías de la información y comunicación sobre los sistemas sanitarios y la atención primaria del futuro, y, finalmente, hacer algunas consideraciones globales sobre la situación de los retos que enfrenta la salud y los sistemas sanitarios y proponer vías y alternativas para resolver los problemas detectados.

¿Hemos aprendido algo?

Al final esta es la pregunta clave que debemos hacernos. ¿Hemos aprendido algo de la experiencia de esta pandemia? Durante su momento álgido parecía que estaba claro, en la opinión pública y en las declaraciones de los responsables de las administraciones sanitarias, que se había comprendido la necesidad de reforzar los sistemas sanitarios públicos y de prepararnos para las nuevas emergencias de salud, que parece muy probable que se presenten en un horizonte no muy lejano. Ahora mismo, cuando todo parece volver a la antigua normalidad, no está tan claro que colectivamente hayamos aprendido de esta experiencia. Este libro pretende reflexionar sobre la situación y ofrecer alternativas desde la óptica de la solidaridad social y de la profundización del derecho a la protección de la salud de todas las personas.

Bibliografía

Bonnet Bailen

, I. (2023): “China anuncia el final de la ola de COVID-19 tras 1.100 millones de contagios”, El País, 9 de febrero. Disponible en http://bitly.ws/PKkT.

El Grand Continent

(2023): “Se calcula que el COVID ha causado 1,5 millones de muertes en China”, El Grand Continent, 16 de febrero. Disponible en http://bitly.ws/PKnt.

Fernández Ruiz

, S.;

Sánchez Bayle

, M. y

Sánchez Fernández

, C. (2021): Salud, pandemia y sistema sanitario, Madrid, Akal.

WHO (2023)

: “WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard”, WHO. Disponible en http://bitly.ws/dfca.

Capítulo 1

La pandemia de COVID-19 en Portugal

Miguel Cabral de Pinho, Laurinda Queirós

e Isabel do Carmo

Este capítulo se centrará brevemente en las consecuencias de la pandemia de COVID-19 para la población y la respuesta que se dio en Portugal, con especial atención a los servicios de salud pública y servicios clínicos. Aquí se describirá la estructura de la autoridad sanitaria, la Dirección General de Salud (DGS), que responde de manera autónoma al Ministerio de Salud, y la respuesta del Servicio Nacional de Salud (SNS), en sus estructuras clínicas. El desarrollo temporal indicará los datos epidemiológicos de incidencia y la respuesta en materia de salud pública, estados de emergencia y desconfinamiento, así como la evolución de la vacunación. También considera la estructura y las dificultades de la respuesta clínica y, finalmente, algunos desafíos que permanecen sin resolver.

Portugal tiene una población de 10.352.042 habitantes (censo de 2021), con una tasa de crecimiento demográfico anual negativa (–0,209%, según el censo de 2021) y un porcentaje de personas mayores de 65 años del 23,5%. El índice de envejecimiento es de 182,1%, con tendencia creciente.

El sistema de salud depende mayoritariamente de un SNS que cubre todo el territorio nacional, integrado por la red de atención primaria de salud, los distintos niveles de atención hospitalaria y una red de atención continuada aún exigua. Antes de la pandemia ya se habían iniciado esfuerzos para el desarrollo de la atención domiciliaria. Los servicios públicos de salud forman parte de los niveles de organización de la atención primaria de salud. La coordinación suele ser central, con un componente regional (tendencialmente de NUTS II: unidades territoriales estadísticas) que articula los distintos tipos de atención en ese nivel, compuesto por cinco administraciones regionales de salud: Norte, Centro,

Lisboa y Valle del Tajo, Alentejo y Algarve. La organización más local tiende a ser supramunicipal (aunque sin coincidir, por regla general, con NUTS III). Entre 1999 y 2014, con un nuevo modelo de gestión, se establecieron ocho unidades locales de salud (ULS), que integran instituciones hospitalarias e instituciones de atención primaria de salud en un territorio determinado bajo una misma gestión. Este modelo solo cubre al 12% de la población.

En el caso de los servicios de salud pública, también es importante resaltar que, en diferentes niveles, estos servicios apoyan a las autoridades de salud y son esencialmente coordinados por una autoridad de salud. Se trata de una facultad de representación del Estado para intervenir en defensa de la salud pública, que incluye la capacidad de limitar los derechos de los ciudadanos por razones de salud y con carácter urgente. Esta competencia funciona en cadena jerárquica, según los servicios de salud pública (locales, regionales, nacionales), y se ejerce a nivel nacional por el director general de Salud en la DGS, dependiente del miembro del Gobierno con la cartera de Salud.

En el inicio del siglo XXI, la emergencia del síndrome respiratorio agudo grave, con las consecuencias económicas y de salud que desencadenó a nivel global y de cada país, produjo una serie de procesos de revisión de la capacidad de respuesta de salud pública, incluyendo la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

En Portugal, teniendo en cuenta la aparición de la epidemia de la llamada gripe aviar, en los años 2003 a 2007, enfermedad que alcanzó a los humanos con una alta tasa de letalidad, la reflexión sobre la inminencia del brote de una pandemia de influenza llevó la elaboración y publicación, en 2007, del Plan Nacional de Contingencia del Sector Salud ante dicha pandemia. Esto resultó útil en la respuesta a la pandemia de gripe H1N1 en 2009. Posteriormente, tras la evaluación de la solución a esta pandemia, se crearon o reforzaron los sistemas de información para la identificación temprana, seguimiento y evaluación de la gravedad de las emergencias. En este sentido, destacan la Red de Médicos Centinelas y los sistemas de vigilancia de influenza, con componente sindrómico y de laboratorio.

En 2014, ante la aparición de la enfermedad por el virus del Ébola

en África occidental, enfermedad de alta letalidad y transmisibilidad, la OMS decretó el estado de emergencia de salud pública de alcance internacional. El alto riesgo de llegar a otras regiones del mundo, expresado en la importación de casos y la transmisión secundaria en otros países europeos, llevó a una mayor preparación ante posibles pandemias. Entre otras medidas, en Portugal, y en cumplimiento del RSI, se realizaron ejercicios de simulación en todas las regiones del país, involucrando los puntos de entrada internacionales. En los últimos años, estos ejercicios han ganado más atención. Por ejemplo, en el área de la salud, se desarrolló el ejercicio de la Red Global de Alerta y Respuesta (GOARN) en Portugal en 2017, coorganizado por el Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), y, en el ámbito de Protección Civil, el ejercicio europeo CASCADE en 2019.

En cuanto a la preparación del sistema de salud para una pandemia mayor, además de las estructuras y experiencias mencionadas anteriormente, el país también contó, entre otros, con: a) el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), previsto en el marco legal de respuesta a emergencias de salud pública, que define un sistema de vigilancia en salud pública de enfermedades transmisibles y otros riesgos y promueve planes de contingencia para situaciones de emergencia; y b) la reserva estratégica de medicamentos y vacunas, cuya gestión está a cargo de la DGS en colaboración con el Instituto Nacional de Farmacia y Medicina (INFARMED).

Portugal sigue avanzando en un contexto de transformación digital en los distintos aspectos del sistema sanitario. Con estas bases también fue posible desarrollar nuevas funcionalidades y herramientas que permitieron una respuesta más adecuada al dinamismo de la pandemia. Estas son algunas de las herramientas que ya estaban disponibles antes de esta:

El Registro Nacional de Usuarios del SRS (RNU) es el sistema de información más básico del ecosistema TI sanitario portugués y recopila los datos administrativos más esenciales sobre los usuarios.

El Sistema de Información de Certificados de Defunción (SICO)

permite el reporte digital formal de la muerte de un determinado ciudadano a las autoridades competentes, incluido el RNU. Su carácter obligatorio desde 2014 permite alimentar un sistema de vigilancia de la mortalidad (geografía, edad y principales causas), casi en tiempo real.

La plataforma de apoyo al SINAVE corresponde al componente informático de dicho sistema, que permite, en tiempo real, por cualquier médico con capacidad prescriptora (validado por el colegio de médicos), independientemente de su lugar de trabajo, la comunicación de sospechas y casos de enfermedades de declaración obligatoria (NOD) a los servicios públicos de salud, que son los encargados de realizar y validar las encuestas epidemiológicas. El sistema de notificación existe desde hace muchas décadas en su aspecto clínico, y está digitalizado desde 2014. A principios de 2020, también fue posible que los laboratorios reportaran, a través de un módulo específico (SINAVElab) de esta plataforma, los resultados de laboratorio relacionados con agentes infecciosos. El sistema le permite acomodar adiciones de enfermedades a ser reportadas.

VACUNAS: es un sistema nacional de registro de vacunas, accesible en todos los puntos de vacunación del SNS, que permite evaluar las coberturas por grupo de edad y división geográfica/lugar de residencia de todas las vacunas registradas en el marco del SNS.

Portal y aplicación Contact Center SNS (SNS 24): como resultado de los esfuerzos realizados en la transformación digital de la salud en el país, se ha realizado una notable inversión en brindar a los ciudadanos servicios de telesalud a través de una línea telefónica, portal y aplicación para que pudieran interactuar con el SNS (consulta de información, conseguir citas, teleselección, entre otros).

En febrero de 2020, tras la declaración de emergencia de salud pública de interés internacional por parte de la OMS, los distintos servicios del sector salud, en cumplimiento de las directrices de la DGS, impulsaron medidas organizativas para contrarrestar la pandemia, encaminadas a la contención y fortalecimiento de la

capacidad de respuesta hospitalaria. En gran medida, la organización de la atención sanitaria se basó en el modelo seguido durante la pandemia del ébola, en el que todos los servicios sanitarios contaban con un plan de contingencia y una sala de aislamiento para casos sospechosos. Estos fueron validados por una línea de cuidados médicos que activó la atención especializada de emergencia para el traslado de los pacientes a un hospital designado en la zona para ocuparse del paciente, incluyendo su análisis por el laboratorio nacional de referencia, el INSA.

Primera ola de la pandemia

En Portugal, los dos primeros casos de enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 se notificaron el 2 de marzo de 2020 en la región norte del país, ambos tras haber viajado recientemente al extranjero. Sin embargo, 16 días después, todas las regiones tenían casos identificados.

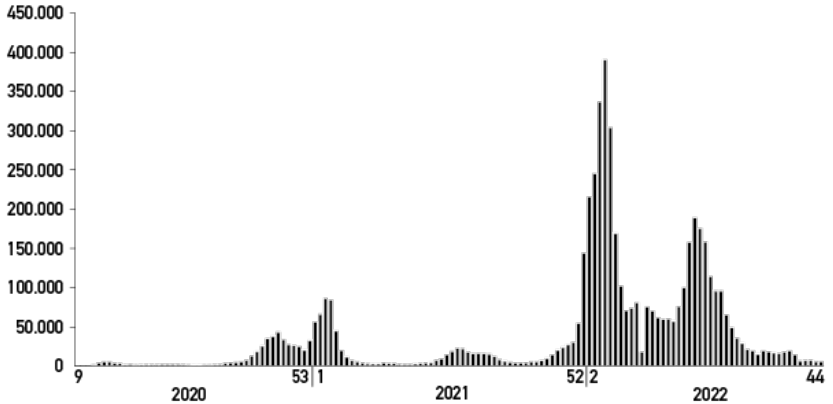
En la figura 1 presentamos la curva epidémica de la pandemia de COVID-19, en Portugal, desde 2020 hasta noviembre de 2022.

En el pico de incidencia de la primera ola de la pandemia, que ocurrió de marzo a abril de 2020, hubo una incidencia de 109 casos nuevos por cada 100.000 habitantes en los últimos 14 días, pero fue particularmente alta en la región norte (Incidencia de 181). Se alcanzó una tasa máxima de 45 muertes por millón de habitantes en los últimos 14 días, pero de manera gradual y rápida, como se muestra en la figura 2.

Figura 1

Número de nuevos casos COVID-19 confirmados en Portugal

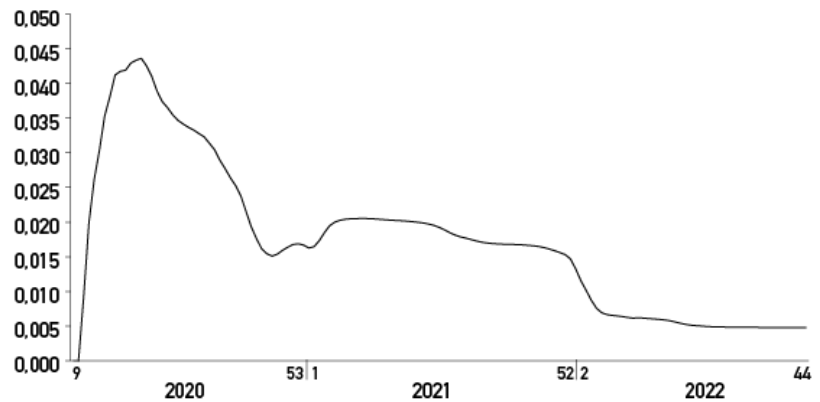
por semana ISO y año



Nota: Todas las figuras de este trabajo se crearon con el soporte de los datos oficiales de la Dirección General de Salud (DGS), organizados por una iniciativa ciudadana que los publicó en un modelo de datos abiertos: http://bitly.ws/PpSm.

Figura 2

Evolución de la letalidad de COVID-19 a lo largo de la pandemia por semana ISO



A pesar de que ahora el número y evolución de los casos de la primera ola puede parecer pequeño, el rápido aumento de caos

sospechosos o confirmados, así como la letalidad y los escenarios de países como Italia, con un elevado número de muertes, llevó a una parada total de la sociedad.

Incluso en salud, se suspendió casi toda la actividad asistencial en los distintos niveles de atención para organizar una adecuada respuesta del sistema de salud ante la pandemia, y en esta etapa incluso el sector privado mantuvo muy poca actividad. Asimismo, se suspendieron las actividades habituales de los servicios de salud pública. Animar a la población a utilizar la línea telefónica SNS24 resultó ineficaz, ya que ni siquiera este servicio podía gestionar todas las llamadas entrantes. El acceso a las pruebas era escaso, lo que también puede explicar en parte la alta letalidad inicial de la enfermedad, ya que es posible que muchos pacientes no fueran identificados.

La DGS publicó normas y directrices para los distintos sectores de la actividad económica y social, donde se reforzó el papel central de las autoridades sanitarias en la toma de decisiones respecto a la restricción concreta de las libertades de los ciudadanos. Dado el fracaso del modelo inicialmente instituido, se reestructuró la respuesta ante casos sospechosos y confirmados, con la creación de áreas dedicadas a la respuesta COVID-19 en los servicios de salud. Si había un diagnóstico positivo, el paciente era enviado a la sala de emergencias del hospital o a su casa, dependiendo de la gravedad de la situación. La mayoría se fue a casa y estuvo sujeta, así como la familia, al aislamiento. El seguimiento en el ámbito de la encuesta epidemiológica lo hizo la autoridad sanitaria, con vigilancia de contactos, y por su equipo de salud, que realizaba una consulta telefónica diaria sobre la evolución de los síntomas clínicos. Los usuarios que acudían directamente al servicio de urgencias del hospital, con test positivos, pero que no presentaban neumonía vírica, baja concentración de oxígeno en sangre, ni empeoramiento de enfermedades previas, volvían a casa y pasaban a ser controlados por el centro de salud.

La capacidad de los laboratorios para efectuar pruebas de SARS-CoV-2 aumentó rápidamente con la colaboración de laboratorios del sector privado y, excepcionalmente, la prescripción de estas pruebas fue permitida por el SNS24. Las estructuras de Protección Civil

comenzaron a instalar unidades de respaldo para aislar a los pacientes y sus contactos en situaciones de mayor fragilidad.

El rápido aumento de la incidencia y mortalidad en los municipios del norte del país, desde marzo de 2020, motivó la adopción de medidas más restrictivas. El 12 de marzo, el Gobierno decretó el cierre de escuelas y universidades. En uno de los municipios de la región norte, el municipio de Ovar, el 17 de marzo de 2020, la Oficina de Crisis de Protección Civil tomó la decisión de declarar el estado de calamidad y el establecimiento de un cordón sanitario tras la detección de transmisión del virus en la comunidad. Se bloquearon todos los accesos al condado y se cerraron los servicios no esenciales. La declaración de estado de emergencia a nivel nacional el pasado 18 de marzo determinó la restricción de circulación en la vía pública, el cierre de establecimientos comerciales y de servicios, la obligación de teletrabajar para algunos colectivos de profesionales, con excepciones relativas a bienes considerados de primera necesidad.

El 24 de marzo de 2020 se llevó a cabo el primero de muchos encuentros nacionales (con el presidente de la República, las principales figuras del Estado, consejeros de Estado, académicos, miembros del Consejo Económico y Social, DGS, Consejo Nacional de Salud Pública), establecido por el ministro de Salud, para el asesoramiento técnico y científico para apoyar la toma de decisiones políticas. Estos encuentros, "Encuentros INFARMED" —así llamados por el lugar donde se realizaron—, fueron creados informalmente y tenían dos partes: una parte expositiva de expertos, transmitida públicamente en línea por el Gobierno; y otra, restringida a discusión y aclaración de los responsables políticos.

En tan solo unas semanas, la pandemia pasó de una fase de contención a una fase de mitigación. Los servicios de salud pública ya no tenían la capacidad de dar seguimiento a los contactos de todos los casos identificados, lo que comprometió los esfuerzos para contener la enfermedad. Ante la necesidad de una mejor respuesta en la gestión de contactos y seguimiento de pacientes, se creó un sistema de información, TRACE-COVID-19, accesible tanto a profesionales de la salud pública como a clínicos. El dinámico desarrollo de este sistema lo convirtió en un éxito por haber logrado

una progresiva pero alta interoperabilidad entre los distintos sistemas de información mencionados anteriormente. Adicionalmente, y de manera progresiva, incorporó procesos que involucran al propio ciudadano en la gestión de su estado de salud y la automatización, de acuerdo con el marco legal y normativo de la DGS, para permitir la liberación de recursos humanos para otras tareas.

En el caso de la primera ola, el levantamiento de medidas se hizo de manera gradual, pero con mucha cautela, en línea con las recomendaciones del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC). En gran medida, el éxito de la gestión de la pandemia en esta primera ola está asociado de forma muy relevante a la alta adherencia de la población a las recomendaciones de la DGS.

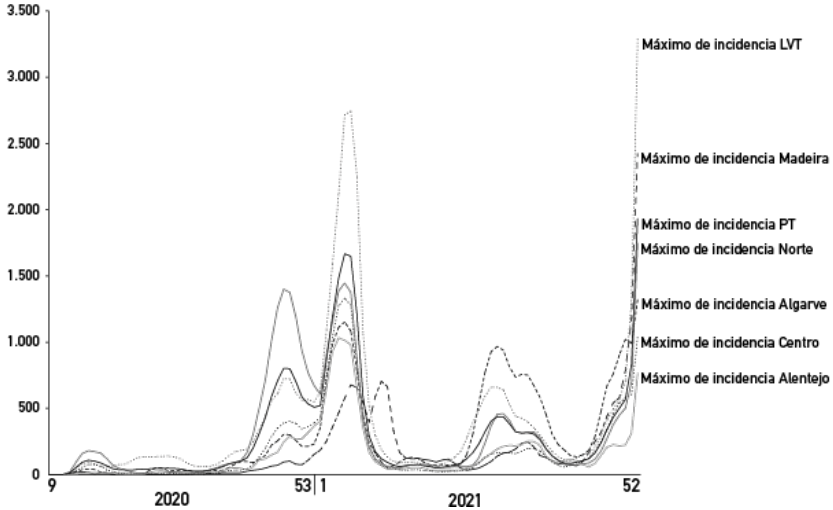
Segunda y tercera ola de la pandemia

En la primera ola, fue la región norte del país la que más padeció la enfermedad. Sin embargo, a lo largo de toda la pandemia, el nivel de intensidad e impacto no fue homogéneo, como se puede observar en la figura 3. Aunque no lo consideramos una segunda ola, el verano de 2020 trajo consigo un aumento de la incidencia en la región de Lisboa y Valle del Tajo, lo que dio lugar a un conjunto de medidas más localizadas y no tan globales como en la primera ola. Esta tendencia hacia mediciones más específicas por región o ubicación fue algo que duró algunos meses.

Figura 3

Evolución de la incidencia de COVID-19 por regiones de Portugal

en los años 2020 y 2021, por semana ISO



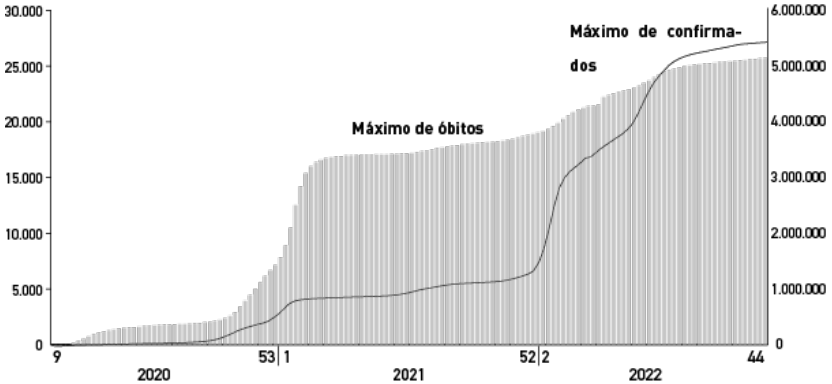
Como se puede observar en la figura 1, con la entrada de la temporada gripal 2020-21 se produjo un aumento de casos en una magnitud sin precedentes hasta entonces, nuevamente con mayor predominio en la zona norte (figura 3), que registró casi 10 veces de aumento en su incidencia en comparación con la primera ola. En la tercera ola, la mayor diferencia se observó en la región de Lisboa y el Valle del Tajo, habiéndose casi triplicado la máxima incidencia, mientras que la región norte solo la volvió a igualar.

Fue en estas oleadas cuando la mortalidad por COVID-19 aumentó de manera más significativa a lo largo de la pandemia, aunque no fue el momento en que más aumentaron los casos (figura 4).

Figura 4

Comparación de la evolución acumulada de casos

y muertes por COVID-19, por semana ISO



En Portugal, la mortalidad específica por COVID-19 registró valores durante las tres primeras oleadas de la epidemia por encima del umbral de 20 muertes en 14 días por millón de habitantes, definido por el ECDC; cayó por debajo de ese nivel en agosto de 2022, hasta descender a las 9,7 muertes en 14 días por millón de habitantes en noviembre de 2022.

Justo al comienzo de la segunda ola, la falta de recursos humanos en los servicios públicos de salud (faltaban cientos de profesionales de la salud pública para responder en el tiempo adecuado, fijado por el ECDC en su momento, al número de casos) llevó a algunos servicios a nivel regional a solicitar el apoyo de las fuerzas armadas y profesionales estatales en otras instituciones para tareas de vigilancia epidemiológica. Asimismo, se reclutaron temporalmente profesionales sanitarios para los servicios de salud pública y para la campaña de vacunación que siguió.

Además del cambio de medidas individuales según los avances de la literatura internacional (disminución de días de cuarentena y confinamiento de casos positivos), también se simplificaron algunos de los procesos de encuestas epidemiológicas, rastreo de contactos y seguimiento de contactos de riesgo. Fue también durante la segunda ola, principalmente por la falta de los servicios de entrega de documentos legales de obligación de aislamiento que justificaba la ausencia laboral, cuando el SNS24, en relación con el TRACE COVID-19, tuvo respaldo legal para comenzar a emitir estos documentos, anteriormente solo disponibles para las autoridades sanitarias locales.

Ante la disponibilidad de vacunas contra la COVID-19, se creó la Comisión Nacional de Vacunación contra la COVID-19, integrada por varias entidades. Incluía, además de los servicios de salud, militares y fuerzas militarizadas. La coordinación de la comisión pasó a ser asumida por un oficial de las fuerzas armadas. La vacunación de los profesionales de la salud comenzó en la última semana de 2020 y fue seguida por la vacunación programada de otros grupos de riesgo.

A la vista de la evolución de la pandemia, se decretó un nuevo confinamiento general, dando paso posteriormente a la elaboración más estructurada de un plan de desconfinamiento. En general, las medidas de desescalada se decidieron de acuerdo con la opinión de los expertos a partir del análisis de un conjunto de indicadores, aunque en esta etapa todavía estaban muy enfocadas en el Rt (número de infectados que genera cada caso) y la incidencia de 14 días.

Cuarta ola de la pandemia

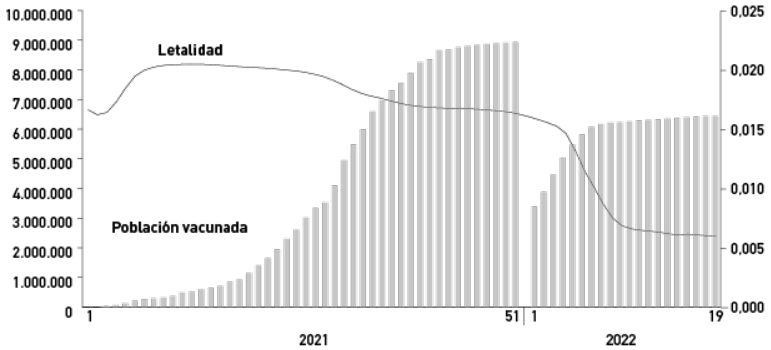
La cuarta ola de la pandemia, asociada a la aparición de la variante delta del SARS-CoV-2, trajo el reto adicional de ir en contra del pensamiento imperante de que la COVID-19 es una patología asociada al otoño/invierno, puesto que se prolongó a lo largo del año siguiente. Probablemente también asociado a una mayor afluencia de turistas internacionales, como se muestra en la figura 3, es la zona del Algarve la más afectada, seguida de Lisboa y el Valle del Tajo.

El 25 de julio de 2021, la población vacunada había alcanzado una cobertura de vacunación del 52%; en el grupo de edad de 80 años y más la cobertura fue del 96%, en el grupo de 65 a 79 años fue del 94% y en el de 50 a 64 años fue del 82%. La cobertura de vacunación varió de una región a otra. El nivel de cobertura vacunal fue un criterio utilizado en el proceso de desconfinamiento en el verano de 2021. La inversión realizada para aumentar las coberturas resultó en coberturas de vacunación el 12 de septiembre de 2021 del 80% en la población general con valores del 100% en los grupos de edad de 80 años y más y en el grupo de 65 a 79 años. Como resultado de la interoperabilidad del sistema puesto en marcha, en poco más de un mes, más de un millón de ciudadanos obtuvieron su certificado de vacunación (Cortes y Oliveira, 2021).

Figura 5

Comparación entre el número de personas con vacunas completas

y de refuerzo y la letalidad de la COVID-19



Nota: Hasta la semana 46 de 2021 se muestra en barras el número de personas con vacunación completa y, a partir de la semana 48 de ese año, se muestra el número de personas con vacunación de refuerzo.

De acuerdo con la figura 5, podemos observar la disminución de la tasa de letalidad de forma concomitante con el aumento del número de personas con vacunación completa y, posteriormente, con la dosis de refuerzo. También cabe señalar que los dos momentos principales de la disminución de la letalidad coinciden con el establecimiento del predominio de la variante delta y luego de la ómicron. Estos descensos también se asocian a una disminución del porcentaje de personas de 60 años o más sobre el total de personas infectadas (del 25 al 22% en la variante delta y al 16% con ómicron).

Quinta y sexta ola de la pandemia

Como se puede observar en la figura 1, la quinta ola, fruto de la aparición y predominio de la variante ómicron, provoca un crecimiento sin precedentes en el número de casos. Esto provocó un aumento en el número de muertes, pero los valores absolutos no alcanzaron los del año anterior. Cabe mencionar las altas tasas de positividad en la prueba, que alcanzó el 50%.

Con el inicio de 2022 se replantea toda la estrategia de respuesta a la pandemia ante la multiplicación de casos y la aparente mayor benignidad de la variante ómicron. Toda la gestión y los contactos de la enfermedad se centran en el ciudadano enfermo y su familia, que ahora son los encargados de hacer uso de los automatismos del SNS y de la mayor disponibilidad de pruebas rápidas y autodiagnósticos de la infección, para ver cubiertas sus necesidades. La línea de razonamiento de la DGS, hasta entonces apoyada por el ECDC, ahora parece más influida por los centros para el control y la prevención de enfermedades de los Estados Unidos de América, en cuanto a la reducción de días de aislamiento, por ejemplo.

También se refuerza la narrativa de la necesidad de “pasar página” sobre la pandemia, haciéndose eco de los llamados a un reconocimiento de la endemicidad que ya había comenzado antes de la quinta ola. Con la disminución del número de casos, se levantan medidas más restrictivas, aún vigentes, pero algunas se mantienen hasta que la tasa de mortalidad desciende a niveles dentro del umbral del ECDC. Aparece la sexta ola y este indicador permanece por encima del objetivo. Se siguen planteando medidas como el confinamiento de los pacientes, quedando poco más que medidas de apoyo a la identificación de casos y la obligatoriedad del uso de mascarillas en los servicios y establecimientos sanitarios relacionados con las personas mayores.

En cuanto a la efectividad de la vacuna COVID-19 en Portugal, un estudio sobre el tema evaluó su efecto protector en condiciones

reales de uso y reveló que, en el periodo de mayo a julio de 2022 (durante la circulación de la variante ómicron cepa BA5), la segunda dosis de refuerzo tuvo un amplio efecto en la prevención de la COVID-19 grave y en la disminución de la mortalidad en los grupos de edad de 80 años o más. La Comisión Técnica de Vacunación frente a la COVID-19 elaboró la propuesta de Estrategia de Vacunación frente a la COVID-19/Otoño-Invierno 2022-2023, en la que se establece la recomendación de vacunación universal para personas de 50 años o más. Su implementación permitió lograr una cobertura de la segunda dosis de refuerzo de la vacuna COVID-19, a principios de enero de 2023, del 78% para el grupo de edad de 80 años o más, del 81% para los de 70-79 años, del 63% para los mayores 60-69 años y del 41% para el rango de 50-59 años.

El 30 de septiembre de 2022 se levantó el estado de alarma. Se suspendió la estrategia de prueba, como la emisión de pruebas a través del SNS24. El enfoque cambia a la identificación de casos que podrían beneficiarse de una terapia específica. La vigilancia de COVID-19 ahora está integrada en el Sistema de Vigilancia de Influenza, en curso anteriormente

Los retos de la pandemia

Limitaciones crónicas y nuevas necesidades

En el informe portugués sobre sistemas de salud (primavera de 2022), se mencionan las siguientes limitaciones: los desafíos del envejecimiento; el retraso en la integración de la atención; limitaciones en las habilidades de planificación sanitaria y en la cultura del asesoramiento científico; las notorias insuficiencias de encuadre e innovación en la gestión de la información, el conocimiento y la comunicación en los sistemas de salud; el mantenimiento de la creencia con respecto a que la propagación y los efectos de las infecciones respiratorias transmisibles son más frecuentes en otoño/invierno, bloqueos que impiden el aprendizaje. Esto pone de relieve la necesidad de una mayor y mejor preparación.

La pandemia ‘destapó’ muchos de los errores que se venían produciendo

Los establecimientos, ya sea de atención continua integral (Red Nacional de Atención Continua Integral, RNCCI), ya sea de convalecencia o de residencia, conocidos como hogares, fueron uno de los principales problemas que se escondieron y destaparon, que muchas de estas instituciones operaban ilegalmente. Se caracterizaban por una alta concentración de personas en un espacio físico reducido y cerrado con una población con una edad media superior a los 80 años, muchas veces con limitaciones cognitivas. A partir de la experiencia de los autores, los cuidadores a menudo rotaban entre el hospital y el hogar o entre hogares,

siendo fácilmente portadores del virus. El encierro obligaba al aislamiento y los internados tenían una separación exagerada de la familia y eran encerrados en espacios todavía más limitados. Las consecuencias psicológicas eran evidentes. Durante la primera ola, se puede estimar que Portugal siguió el patrón de otros países de la OCDE, donde la mortalidad en residencias de mayores era 20 veces superior a la de las personas mayores que no vivían en residencias de ancianos. Además, había un déficit de camas: en Portugal, según datos del censo de 2011, se necesitarían 14.070 camas. En abril de 2021 había 9.023 camas, lo que significa que en plena epidemia faltaban 5.047 camas.

Durante la pandemia, varios aspectos aumentaron como agravante de la incidencia. Las diferencias socioeconómicas entre los centros urbanos y las periferias metropolitanas se hicieron evidentes. En estas últimas hay poblaciones con familias enteras de varias generaciones que conviven en espacios reducidos. Hay también inmigrantes en precarias condiciones de vivienda y trabajo.

Los jóvenes con más movilidad y uso de espacios públicos de diversión masiva, generalmente con pocos síntomas, fueron focos de contagio, al igual que lo fueron las celebraciones deportivas. Se hizo mucho énfasis en los planes de contingencia de las distintas instituciones, fruto de muchas reuniones, pero predominó la falta de cultura organizacional en esta materia.

Servicios de emergencia y admisiones agudas

La respuesta de los servicios de emergencia, como en otros países, fue uno de los mayores problemas. En Portugal, la reducción de las camas de agudos había supuesto que al inicio de la pandemia hubiera unas 3.350 camas menos que en 2001. Esta reducción había seguido las críticas a la orientación hospitalocéntrica, antes del desarrollo de la atención primaria y la atención continua. Así, mientras en 1994, considerando los hospitales generales (excluidos los especializados), había 232,3 camas por cada 100.000 habitantes, en 2021 eran 207,0. En 2019, había 350,6 camas en hospitales por

cada 100.000 habitantes, con 181,37 camas por debajo de la media de la Unión Europea de los 27 (531,97). Por esta razón, se encontraron soluciones de acuerdo con los hospitales. El gran problema estaba en los llamados hospitales centrales, que drenaban zonas de alta densidad de población, como el sur del Tajo. Estos hospitales encontraron soluciones al convertir las salas de medicina en salas COVID, divididas a su vez en cuidados intensivos, cuidados intermedios y sala general. Otros destinaron parte de las salas de enfermedades infecciosas y enfermedades respiratorias. Los espacios de urgencias estaban dotados de boxes individuales, con oxígeno y aseo, zona intermedia entre el diagnóstico inicial por test y la hospitalización, en caso de ser necesario. Esta zona intermedia ("covidario") fue dotada de medios radiológicos y de laboratorio. Por otro lado, si bien existen servicios de urgencias y médicos que se dedican exclusivamente a esta especialidad, aún no ha sido considerada como tal y sigue siendo una subespecialidad de la medicina interna. Al principio hubo escasez de equipamiento, como en el resto de países europeos, y faltaron camas y médicos. Ante esto, hubo una rápida respuesta para la adquisición de equipos y para la habilitación de espacios, camas y asignación de médicos. Se hizo un gran esfuerzo por parte del Ministerio de Salud y los médicos. Incluso se desarrollaron hospitales de campaña, como el Pavilhão Rosa Mota, en Oporto, y el Estádio Universitário, en Lisboa, para internamientos menos graves.

Los profesionales

La falta de profesionales de la salud y los bajos salarios fueron problemas crónicos que se hicieron más evidentes. Muchos de los médicos que estaban al frente de las urgencias de los hospitales centrales aún tenían contratos en exclusiva, que dejaron de ofrecerse en 2011 y que corresponden a una retribución neta de 2.300 euros mensuales. Todos los demás, con contratos posteriores, eran becarios o especialistas con salarios netos entre 1.300 y 1.800 euros al mes. El número total de médicos registrados en la Ordem dos Médicos en Portugal fue de 61.000 en 2020. Sin embargo, había y hay un problema importante: la distribución por edades. De 1996

a 2020 hubo una reversión en la distribución por edades. Mientras que en 1996 el grupo mayoritario tenía entre 31 y 55 años, con alrededor de 22.000 médicos, y el grupo de mayores de 55 años alrededor de 6.000; en 2020, el grupo de edad de mayores de 55 años se situó sobre los 22.000 médicos, con énfasis en el grupo de edad de mayores de 65 años, que fue de 13.000. Con la atracción de los servicios sanitarios privados, incluidos los hospitalarios, se redujo el número de médicos del SNS. Si no se cuentan los médicos internos, de septiembre de 2019 a septiembre de 2020, el número de médicos en el SNS pasó de 19.761 a 19.291, es decir, 470 menos, en plena pandemia. En 2019 se estimó que el total de médicos menores de 65 años que estaban fuera del SNS era de 13.000. Las enfermeras ganaban un salario neto de 980 a 1600 euros (fin de carrera), y los auxiliares, conocidos como auxiliares operativos, cuando no son contratados por una empresa externa, ganan el salario mínimo nacional, es decir, 715 euros.

Las horas extraordinarias se pagaban de acuerdo con las tablas reglamentarias. Sin embargo, la mayoría de los médicos de salud pública no fueron remunerados por las primeras 200 horas extraordinarias del año, con el pretexto de que la disponibilidad permanente para presentarse al trabajo, en caso de ser necesario, incluye la prestación de este trabajo. A mitad de la pandemia, las horas extra se incrementaron temporalmente en un 50%. Con la falta de médicos en el SNS, se contrataron y se contratan médicos de las empresas prestadoras de servicios, lo que introdujo perturbación en los servicios de emergencia, dada la falta de integración en el equipo y la disparidad de salarios. La respuesta profesional dentro del SNS fue extraordinaria y con un gran sacrificio, pero llevó a muchos profesionales al agotamiento. Tras los picos de la pandemia, muchos profesionales de primera línea se trasladaron a otros servicios, lo que supuso una pérdida para el servicio de urgencias.

Diferencias en el posicionamiento político ante la pandemia

El SNS se constituyó de forma inorgánica a raíz del movimiento revolucionario del 25 de abril de 1974, pero solo en 1979 tuvo una ley, propuesta por el Partido Socialista, denominada ley Arnaut, ya que era este miembro del Gobierno quien la propuso a la Asamblea de la República, donde fue aprobada por mayoría. Sin embargo, con un gobierno de derecha (Partido Socialdemócrata), una Ley Básica de Salud (1990) y un Estatuto del Servicio Nacional de Salud (1993) establecieron una legislación que fomentaba la libre competencia entre el servicio público y el privado, considerándolos como complementarios. A partir de entonces, se inició un periodo de expansión de la industria sanitaria privada, especialmente a partir de 2002, con un gran salto cuantitativo a partir de 2011, en el periodo de asistencia económica (troika), y hemodiálisis de empresas privadas a las que el SNS pagaba por servicios externos. Pero es a principios del siglo XXI cuando se establecen las principales empresas sanitarias con grupos empresariales que construyen grandes hospitales. Al mismo tiempo, los mismos grupos económicos establecieron alianzas público-privadas con el Estado, en cuatro hospitales médico-quirúrgicos con algunas especialidades, pero que drenaban a los hospitales centrales en caso de necesidad de especialidades, horarios o equipamiento.

La nueva Ley Básica de Salud fue aprobada en el Parlamento en 2019 por el Partido Socialista, el Bloque de Izquierda y el Partido Comunista, y reducía el uso de los servicios privados a una función meramente supletoria, en caso de que el SNS no pudiera responder.

La interpretación de esta ley y el posicionamiento de los partidos de derecha y de algunos decretos provocaron que estas instituciones y algunos académicos continuaran presionando contra el Gobierno, la Dirección General de Salud y el Ministerio de Salud. Los medios de comunicación, en general, dieron espacio a estas posiciones, especialmente los canales de televisión, incluso los públicos. Una de las principales propuestas fue el uso de camas de hospitales privados, que luego serían pagadas por el SNS. En cuanto a la realización de los análisis clínicos, no hubo discusión, ya que hubo una respuesta rápida y organizada de los grupos privados, lo que se consideró una respuesta positiva y necesaria en el contexto de la pandemia. Los institutos públicos, tanto de la región de Oporto como de Coímbra y Lisboa, acompañaron la respuesta a los test con

estudios de virología y epidemiología.

Justo al comienzo de la epidemia, todavía en marzo de 2020, los hospitales privados no recibían pacientes con COVID e incluso las mujeres embarazadas estaban de parto solo eran aceptadas con una prueba previa negativa. Ya en una fase avanzada de la epidemia, dos de los colectivos privados acabaron disponiendo de unas cuantas camas de cuidados intensivos para enfermos de COVID, sobre unas diez. Se llenaron por pacientes asegurados o algunos beneficiarios de la ADSE-Instituto para la Protección y Asistencia de Enfermedades, IP (Apoyo a la Enfermedad de los Empleados del Estado). La propuesta de los defensores del uso de camas privadas era que fueran utilizadas y pagadas por el SNS para pacientes no-COVID. Fue una especie de "gran suerte" para la industria sanitaria… Los hospitales público-privados recibieron pacientes de COVID menos graves. Esta guerra que se libró entre los servicios públicos y privados estuvo acompañada de verdaderas campañas que calaron en todos los medios de comunicación, donde empleaban sistemáticamente los términos caos y medicina de guerra. Los mismos canales de televisión utilizaron durante meses las mismas imágenes de archivo con pacientes en estado de emergencia y rodeados de equipos y personal sanitario ataviados con equipos de defensa asépticos. Las colas de las ambulancias, que se dirigían a los servicios de urgencias de los hospitales centrales, que era donde pedían que acudieran los bomberos, fueron filmadas en dos o tres días y utilizadas repetidamente. Este panorama informativo fue perjudicial para el estado mental de la población. Por otro lado, algunos valiosos investigadores y clínicos en medicina intensiva o enfermedades infecciosas transmitían mensajes claros, sensibles y tranquilizadores en la televisión, a pesar de reforzar la necesidad de cuidados. Fueron ampliamente escuchados por la población (Trigo et al., 2021).

Más y mejor comunicación en educación

e información en salud

El lenguaje científico utilizado en las reuniones de INFARMED y trasladado a las comunicaciones realizadas a la población, en ocasiones fue empleado de manera académica, no comprensible para muchos sectores del público en general. Por otra parte, al acabar las reuniones, muchos de los políticos profesionales, de ámbitos de formación muy distintos al tema tratado, no siempre transmitían con precisión lo informado/acordado durante el encuentro. Y los periódicos utilizaron estas “síntesis”. Era importante, por lo tanto, que hubiera capacidad de comunicación técnica pero comprensible, independiente de la influencia del poder político.

Consideraciones finales

El Consejo Nacional de Salud, en el Informe sobre los desafíos que la Pandemia de COVID-19, elaborado sobre la salud de los portugueses, publicado en julio de 2022, señaló la necesidad de reflexionar sobre sus efectos en la demografía, en el bienestar de la población, en la salud y en la prestación de servicios de salud a la ciudadanía (Gago, 2019).

Además del impacto en la resiliencia del sistema de salud (listas de espera, retrasos en el diagnóstico, entre otros) y de los profesionales que trabajaron con una intensidad muchas veces sin paralelo previo, también descubriremos las repercusiones de la infección diseminada en la salud de la población. Las consecuencias a corto/ medio plazo (síndrome COVID a largo plazo) ya son conocidas, pero queda mucho por descubrir.

Sería importante realizar una verdadera evaluación de la preparación y respuesta a la pandemia para institucionalizar las lecciones aprendidas. El momento actual del proceso de reforma constitucional y el desarrollo de varias reformas en el sistema de salud, particularmente en el SNS, son oportunidades que no deben desaprovecharse.

Los profesionales sanitarios de todos los niveles, servicios, Dirección General de Sanidad, ministerios, juntas parroquiales y ayuntamientos hicieron un gran esfuerzo para hacer frente a la epidemia. Se puede decir lo escrito en el Informe Primavera 2022: "[…] el país, el pueblo, las organizaciones públicas y privadas, las instituciones y los poderes políticos, ante tan excepcional situación, hicieron lo mejor que les fue posible, teniendo en cuenta las capacidades disponibles […]" (Abrantes y Simões, 2018).

Bibliografía

Abrantes, Alexandre y Simões, Jorge (2018): “Thinking ahead: Portugal health in 2027”, Portuguese Journal of Public Health, 28 de marzo.

Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (Portugal). Disponible en https://cascade19.pt/.

Bruno, Maia (2021): O Negócio da Saúde – Como a medicina privada cresceu graças ao SNS, Lisboa, Bertrand Editora.

Bruno, Trigo et al. (2021): “O caso do TRACE COVID-19 e da transformação digital em saúde pública”, en Magalhães, T. (coord.), Transformação Digital em Saúde – Contributos para a Mudança, Almedina.

Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (2020): “Contact Tracing for COVID-19 current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed”, ECDC, abril.

Cortes, Maria y Oliveira, João (2021): “A Teletriagem na Resposta à Pandemia de COVID-19 do Centro de Contacto do SNS – SNS24”; en Magalhães, T. (coord.), Transformação Digital em Saúde – Contributos para a Mudança, Almedina.

Direcção-Geral da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2022): “Relatório de Monitorização da Situação Epidemiológica da COVID-19. Relatório nº 35”, Lisboa, noviembre.

Direcção-Geral da Saúde. Comissão Técnica de Vacinação (2023): “Estratégia de Vacinação COVID-19 ´Outono-Inverno 2022-2023. Adenda”, Lisboa, 10 de enero.

Duarte, Raquel et al. (2022): “COVID-19 em Portugal. A Estratégia”, Universidade do Minho. Fundação Mestre Casais, Braga. Disponible en https://bitly.ws/TzKy.

DGS (2022): Relatório de Vacinaçao, Portugal, semana 29.

Gago, Teresa (2019): “A Lei de Bases de uma Traição Anunciada”, Jornal Público, 1 de mayo.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Portugal). Disponible en https://www.insa.min-saude.pt/.

Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2007): “Pandemia de Gripe. Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe”, Lisboa, p. 295.

— (2022): “Relatório de Monitorização da situação Epidemiológica da COVID-19. Relatório nº 19”, Lisboa, septiembre. Disponible en https://bitly.ws/U4zU.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021): “20 anos de Relatórios de Primavera”, Lisboa, junio. Disponible en https://bitly.ws/TzKU.

Presidência da República (2020): Decreto do Presidente da República 14-A/2020, Diario da Republica, 18 de marzo. Disponible en https://bitly.ws/TzJs.

Queiroz, G. et al. (2021): “Cordon sanitaires, a necessary evil? Evaluation of non-pharmacological interventions against COVID-19 in Ovar”, Acta Biomedica, 92, suplemento 6, e2021459.

Sepúlveda, E. R. et al. (2020): “Comparison of COVID-19 mortality rates among long-term care residents in 12 OECD countries”, Journal of the American Medical Association, noviembre, 21(11), pp. 1572-1574.

Serviço Nacional de Saúde (s. f.): “Trabalhadores por grupo profissional”. Disponible en https://bitly.ws/U4AP.

Sistema de Vigilância em Saúde Pública (2009): Lei n.º 81/2009 de 21 de agosto.

Vigilancia de Mortalidade (Portugal). Disponible en https://evm.min-saude.pt/.

Capítulo 2

La pandemia en España

Sergio Fernández Ruiz y Marciano Sánchez Bayle

La pandemia COVID-19 se mantiene en España, aunque con una baja incidencia, después de siete olas sucesivas (la última entre mayo y julio de 2022); 6.750 casos nuevos notificados en los últimos 14 días el 3 de marzo de 2023 (aunque esta cifra es engañosa porque solo se notifican los casos de mayores de 60 años). Más que describir las sucesivas olas y hacer un histórico de la pandemia en nuestro país, con la perspectiva que da el tiempo transcurrido desde el primer caso confirmado en enero de 2020, vamos a intentar centrarnos en algunas cuestiones que nos parecen claves para analizar la evolución de la enfermedad y su abordaje en España.

Incidencia y mortalidad

El número de casos confirmados notificados el 10 de marzo de 2023 era de 13.778.467, de los que 3.116.970 eran en mayores de 60 años. Como ya se ha señalado se dejaron de registrar los casos de menores de 60 años, lo que hace que la primera cifra sea solo aproximativa, y refleja que solo los casos de las primeras olas, y la segunda, tengan un mayor grado de certeza, si bien probablemente infraestima los casos, ya que durante la primera ola muchos no se diagnosticaron por falta de acceso a los test o por ser oligosintomáticos o asintomáticos. Los estudios de seroprevalencia señalan que un 9,8% de la población había sido afectada en noviembre de 2020 (es decir, entre 4,5 y 5 millones de personas).

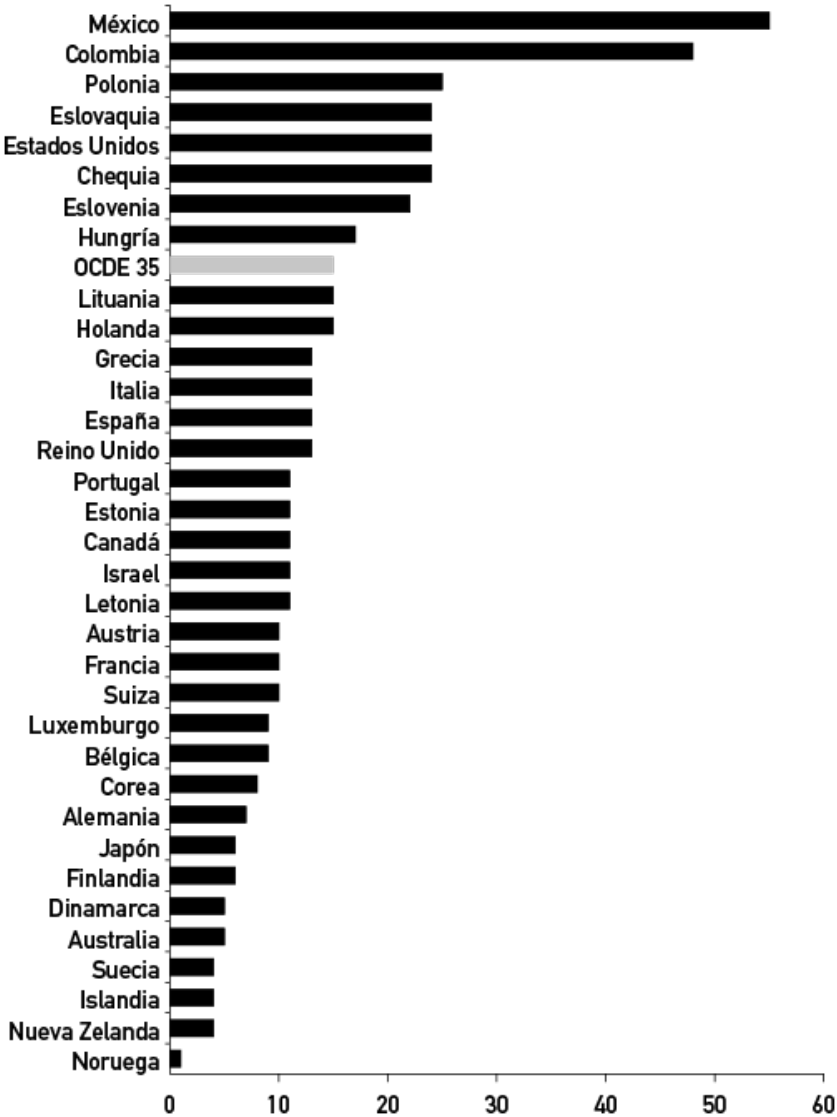
La mortalidad tiene también sus limitaciones, ya que durante la primera ola probablemente no se contabilizaron todos los casos. El Ministerio de Sanidad cifra en 119.618 las personas fallecidas por COVID-19 (a 10/3/2023), lo que significa una tasa del 0,86% sobre los infectados y del 0,25% sobre el total de habitantes del país.

Se ha barajado el exceso de mortalidad como otro parámetro para valorar la mortalidad producida por la pandemia. La OCDE calcula el exceso de mortalidad comparando el número de muertes anuales en 2020-21 en relación con las producidas en 2015-19. Este cálculo tiene dos limitaciones: la primera es que se trata de una estimación y, como todas ellas, tiene un grado significativo de indeterminación (bien por exceso o por defecto), y la segunda y principal es que no establece las causas de este exceso de mortalidad. Obviamente, durante la primera ola es más que probable que un porcentaje relevante de dicho exceso de mortalidad no explicado por los fallecimientos con el diagnóstico de COVID-19 se deba a un infradiagnóstico en un momento en que existían problemas para la disponibilidad de test suficientes. A partir de la segunda ola se mantiene el exceso de mortalidad, en 2022 fue de 34.000 personas (27.000 muertes con el diagnóstico de COVID), pero es evidente

que en estos años no se produjo un infradiagnóstico significativo y que el exceso de mortalidad se debe a otras causas, probablemente a casos de enfermos no-COVID que no fueron tratados adecuadamente (desatención, retrasos en el diagnóstico o el tratamiento, etc.). Aunque no hay estudios pormenorizados al respecto, algunos datos abonan en este sentido (por ejemplo, en junio de 2022 había 742.518 personas en lista de espera quirúrgica, frente a 671.494 en junio de 2019, es decir, 71.024 personas más, pero el aumento es aún mayor en listas de espera diagnósticas o de consultas externas). Por otro lado, conviene señalar que, medido en porcentaje de aumento de la mortalidad en 2020-21 respecto a 2015-19, en España este exceso de mortalidad fue inferior a la media de la OCDE, similar a la de Italia, Reino Unido y Portugal, y prácticamente la mitad que la de EE UU, como puede verse en la figura 1 (fuente: OCDE).

Figura 1

Exceso de mortalidad en 2020-2021 en los países de la OCDE



Fuente: OECD (2022 [3]), OECD Health Statistics.

Por otro lado, existen algunos estudios en Madrid y Barcelona que evidencian una mayor incidencia de la enfermedad en los grupos socialmente más desfavorecidos, pero no hay estudios sobre

mortalidad o gravedad en estos grupos, como sí existen en grupos de riesgo, que suelen tener una mayor presencia en los estratos económicamente más desfavorecidos (obesidad, tabaquismo, etc.).

La situación previa a la pandemia

El sistema sanitario español sufre desde hace decenios una crónica infrafinanciación que, en opinión de los gestores y los responsables de las distintas administraciones sanitarias, lo hacía muy eficiente, pero que, en realidad, producía una creciente debilidad en la medida en que gran parte de su eficacia se mantenía a costa de bajos salarios, precariedad laboral y el compromiso y entrega de sus trabajadores; situación que —ya lo advertimos reiteradamente desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública— no podía durar indefinidamente porque acabaría quebrándose por algún sitio. Este problema se agudizaba aún más debido al elevado gasto farmacéutico, que lleva muchos años creciendo por encima de lo que lo hacen los presupuestos sanitarios públicos, y a los procesos privatizadores que encarecen notablemente los costes de la asistencia sanitaria.

La falta de fondos se traslada a todo el sistema, pero se hace más patente en la atención primaria (AP), que, a pesar de que se asegura es la base y el eje vertebrador del sistema sanitario, siempre fue una "hermana pobre" de este, y nunca llegó a contar con los presupuestos y los recursos suficientes.

La crisis de 2008 supuso importantes recortes en unos presupuestos ya insuficientes (un recorte promedio de las CC AA del 20,3%; del 28,5% de Castilla la Mancha al 7,9% de Cantabria, en 2013 respecto a 2009). Se tomaron medidas para disminuir las plantillas, realizar jubilaciones forzosas del personal con prórroga, no cobertura de las vacantes producidas por jubilaciones o por otros motivos, etc. Esta crisis constituyó unos 50.000 trabajadores menos (de nuevo las cifras son contradictorias y van desde 40.000 hasta 80.000 efectivos) en el conjunto del sistema sanitario de todo el país. En 2021 había 136.344 médicos trabajando en el Sistema Nacional de Salud, de los que el 31% (42.112) estaban adscritos a la AP, un 2,14% menos que en el 2018, según el informe que los

expertos entregaron el año pasado a la ministra y a los consejeros del ramo. La insuficiencia financiera se ha visto agravada por el aumento incontrolado del gasto farmacéutico, que en 2020 suponía ya el 23,93% del gasto sanitario público, y por las privatizaciones continuas que encarecen los costes de la atención sanitaria y que dejan una parte cada vez menor de los presupuestos para los centros públicos.

Tras la crisis no se produjo una recuperación rápida de la situación previa, sino que se observó un lento incremento, de manera que el gasto sanitario público no se recuperó (en euros, es decir, sin tener en cuenta la inflación) hasta 2018 (71.090 millones de euros en este año versus 70.723 en 2009) y en atención primaria no se logró (en 2020 suponía solo el 14,3%, frente al 15,68% en 2008). La salud pública tampoco recibía una adecuada consideración (en 2019 recibió el 2,1% del total del gasto sanitario público y en 2020 el 2,4%, según los informes anuales del SNS elaborados por el Ministerio de Sanidad). En 2021, sube al 4%, probablemente porque se le ha imputado el gasto en vacunas.

La pandemia, por lo tanto, llegó a un sistema pobremente financiado, con una AP debilitada y con serios problemas, por unas elevadas listas de espera y una capacidad hospitalaria reducida, ya que tenemos 3,24 camas/1.000 habitantes, ratio que inexplicablemente ha ido disminuyendo progresivamente (3,43 en 2010) frente a las 4,5 de la OCDE y las 5 de la UE, y además con unos dispositivos de salud pública bajo mínimos.

El estallido de la epidemia

La epidemia se extendió rápidamente por España donde, a pesar de su avance en China, e incluso en algún país europeo como Italia, no se actuó con celeridad para adoptar las medidas preventivas necesarias; evidentemente se minusvaloró la importancia de esta y su capacidad de propagación, lo que, por cierto, fue una característica compartida por casi todos los países europeos. Su evolución incrementó de manera exponencial la demanda asistencial y se saturaron los servicios sanitarios; por otro lado, faltaron sistemas de protección y se produjo una cascada de contagios entre trabajadores sanitarios y los propios centros sanitarios se convirtieron en un foco de contagio. Mientras tanto, la AP colapsó y se cerraron los centros para la atención presencial de enfermos no-COVID cuya asistencia quedó mayoritariamente como testimonial; por su parte, los hospitales suspendieron la actividad programada, las UCI se saturaron y se habilitaron para este uso camas de reanimación posquirúrgica e incluso paritorios. También se habilitaron hospitales de campaña para el ingreso de los enfermos menos graves y en algunos casos se utilizaron hoteles para permitir el aislamiento de los enfermos que no precisaban cuidados hospitalarios. Finalmente, el 14 de marzo de 2020 se impuso un confinamiento generalizado de la población.

La respuesta del sistema sanitario

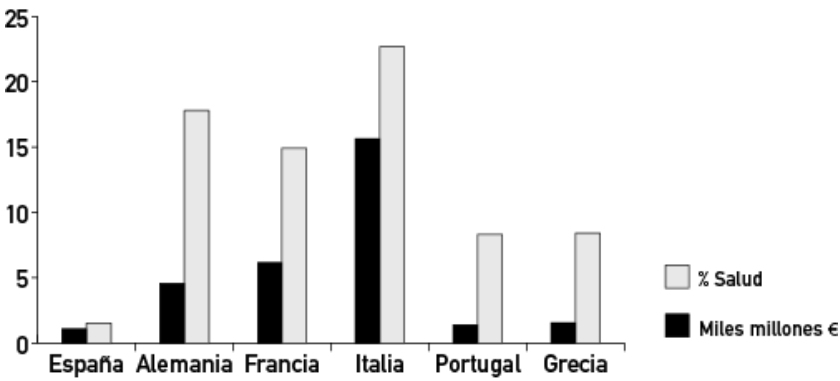
La COVID-19 sometió al sistema sanitario a una gran presión que lo acabó colocando al borde del colapso, tanto por las características propias de la pandemia como por la falta de medios humanos y materiales, a lo que se sumó el terrible desastre las residencias, y en el que se logró resistir sobre todo por el esfuerzo y dedicación de los trabajadores sanitarios que en ese momento pareció que se veía reconocido por el conjunto de la sociedad y las administraciones sanitarias (los aplausos y las promesas de reforzar la sanidad pública). Los contagios entre trabajadores sanitarios fueron elevados, 92.697 en agosto de 2021 (un 1,97% del total), pero la tasa sobre el total de trabajadores sanitarios fue similar a la del resto de la población, aunque es cierto que los contagios se produjeron fundamentalmente en los primeros meses de la pandemia (39.987 registrados en abril de 2020, un 18,73% del total), probablemente debido a la escasez de recursos de protección, lo que dificultó la atención sanitaria en ese momento.

Cuando bajó la incidencia se desescaló demasiado deprisa y se relajaron las medidas de seguridad, lo que favoreció las olas sucesivas. Mientras tanto, no se estableció un sistema centralizado de información, ni se reforzó el sistema sanitario, ni la atención primaria, ni la salud pública (todavía en marzo de 2023 está pendiente la constitución de la Agencia de Salud Pública ya prevista en la ley de 2011), ni se aumentaron las camas hospitalarias, pese a lo aprobado en la Comisión del Congreso de los Diputados para la Reconstrucción Social y Económica que elaboró un dictamen respecto a la Sanidad, que con algunas insuficiencias señalaba la mayoría de las cuestiones que debería abordar la sanidad pública. Sin embargo, pronto pudo comprobarse la distancia entre las declaraciones y los hechos, primero fue la escasa participación de la sanidad en el plan de reconstrucción abordado con los fondos europeos, solo el 1,5% del dinero se destinó a sanidad, el tercer país que menos le dedicó, en contraposición, por ejemplo, con Italia

(22,62%), Alemania (17,68%), Francia (15%) o Portugal (8,3%). La figura 2 compara los miles de millones de euros destinados a salud de estos fondos en algunos países europeos, así como el porcentaje que supone el destinado a gasto sanitario sobre el total de los fondos recibidos en cada país.

Figura 2

fondos europeos dsetinados a salud (en miles de millones de euros y porcentaje sobre el total)



Fuente: EUROSTAT.

Además, como suele ser habitual en España, con grandes diferencias entre comunidad autónomas (CC AA), el equivalente a las regiones/ estados en España, lo que también pone el foco en las dificultades para conseguir actuaciones coordinadas o conjuntas en todo el país, que se hicieron más patentes en el caso de la Comunidad de Madrid, que durante toda la pandemia mantuvo una actuación de enfrentamiento continuo con el Gobierno central.

La pandemia se aprovechó para profundizar la deriva privatizadora del sistema sanitario público: en Madrid se privatizaron los rastreadores, las pruebas PCR, los hoteles supuestamente

“medicalizados”, se trasladaron enfermos menos graves o convalecientes a centros privados; en Cataluña, los rastreadores y la utilización de los centros privados; en Andalucía, se incrementaron los fondos derivados al sector privado (aumento de los precios a pagar por los ingresos), etc. Un caso especial fue el del denominado hospital de IFEMA, que se montó en un espacio ferial y, posteriormente, se desmontó mediante concesiones a empresas privadas y fue atendido por personal derivado desde los centros públicos; así como el del Hospital Zendal, que en realidad es un hangar con camas, que se pretende se mantenga de manera permanente sin enfermos ingresados, sin plantilla de personal y con la exclusiva utilidad de atender enfermos respiratorios no críticos.

El caso de las residencias

La mortalidad en las residencias fue muy elevada, entre marzo de 2020 y mayo de 2021 fallecieron un 10,6% de las personas ingresadas en las residencias (con un exceso de mortalidad del 43,5%), y en mayo de 2022, el 34% de las muertes por COVID-19 eran personas que habían estado internadas en residencias. En este elevado impacto parece que influyeron varias cuestiones: primero, el tamaño de estas, ya que la mortalidad fue significativamente mayor en las que tenían más de 70 plazas; luego, el mecanismo de gestión, puesto que las residencias gestionadas por colaboración público-privada presentaron una mayor mortalidad que las de gestión pública (21,9% versus 7,4%; respectivamente) y, por fin, la prohibición que se produjo en la Comunidad de Madrid de trasladar los enfermos a los centros hospitalarios, que supuso la muerte de muchos internos desatendidos. Por otro lado, ha sido frecuente la rotación de personal entre varias residencias, en el caso de cadenas empresariales que gestionaban varias de ellas, lo que probablemente favoreció la transmisión del virus entre estas. Además, hay que tener en cuenta los problemas sobre la salud mental a medio plazo de unas personas de edad avanzada recluidas, sin visitas o con visitas muy limitadas.

La vacunación

En España, la campaña de vacunación fue un gran éxito, a 10 de marzo de 2023 se habían administrado 105,552 millones de dosis de los 109,978 millones de dosis entregadas, lo que suponía un total de 40,73 millones de personas con pauta completa. La vacunación se realizó en una secuencia basada en los grupos de edad y en las personas con patologías crónicas, para proteger primero a las personas más vulnerables, y se utilizó, sobre todo, la red de centros de salud, además de acudir a vacunar in situ a las personas ingresadas en residencias. Y tuvo una gran aceptación, por las cifras ya se comprueba que la población cubierta es bastante elevada (85,56% con pauta completa). Es verdad que en España, en general, las tasas de las vacunaciones regladas suelen ser bastante elevadas y superiores a la mayoría de los países de la UE y la OCDE. También en algunas de las CC AA (Madrid, Cataluña, Galicia…) se establecieron grandes centros de vacunación, en algún caso en centros públicos (por ejemplo, hospitales o centros escolares), y en otros, en centros privados (Madrid). En general, los grupos antivacunas o negacionistas de la pandemia han sido numéricamente muy reducidos y de influencia testimonial.

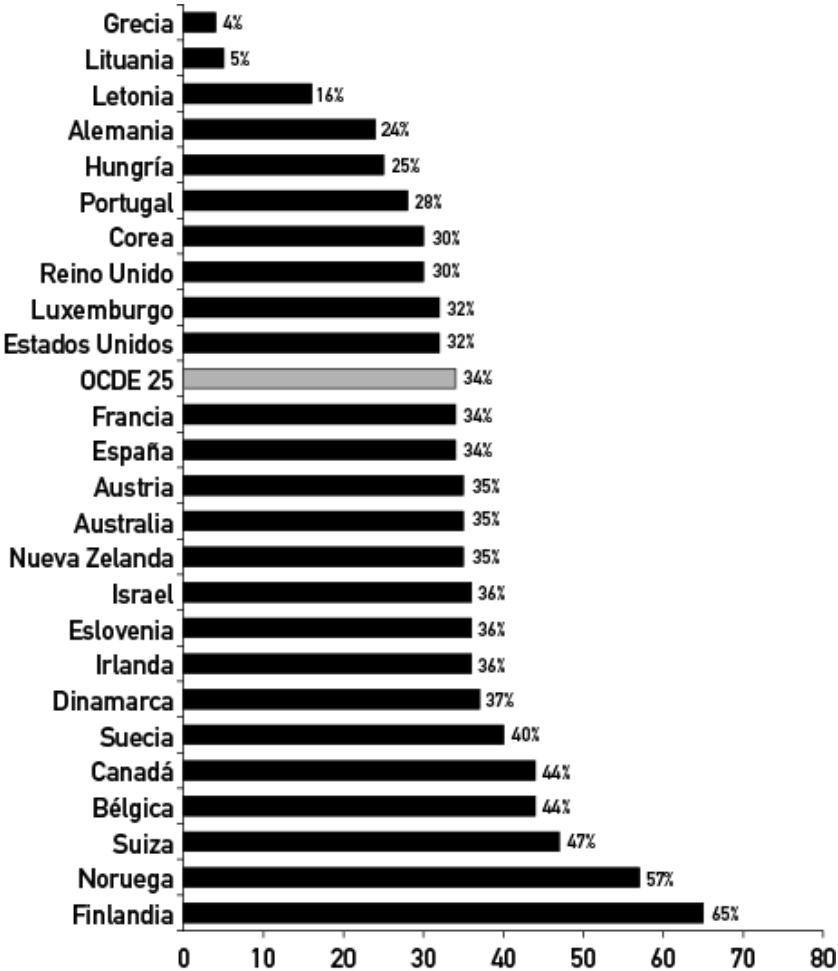
Una comparación internacional

En España es costumbre asumir que todo funciona mucho peor que en el resto de Europa, y ha sucedido algo parecido con la pandemia, si bien los datos no parecen refrendar esta teoría. Como ya se ha señalado, el exceso de mortalidad durante los años de mayor impacto de la pandemia (2020-21) ha estado por debajo de la media de la OCDE y similar a otros países, como Grecia, Italia, Holanda, Italia o Portugal. Asimismo, el porcentaje de personas fallecidas que eran internos en residencias, en este caso, estaba en la media de la OCDE, igualado con Francia (véase el gráfico reproducido de la OCDE de la figura 3).

Figura 3

Proporción de muertes por COVID-19 en residencias

en los países de la OCDE



También es llamativa la situación de España en cuanto a la relación entre el exceso de mortalidad y el número de trabajadores en el área social y sanitaria por 1.000 habitantes (véase el gráfico reproducido de la OCDE de la figura 4), en el que se observa que, pese a tener un número bajo de trabajadores, el exceso de mortalidad se situó por debajo de la media; de hecho, es el segundo país de la OCDE que se posiciona en mejor situación en el cuadrante.

Figura 4

Asociación entre el número de trabajadores en servicios sanitarios

y sociales con el menor exceso de mortalidad

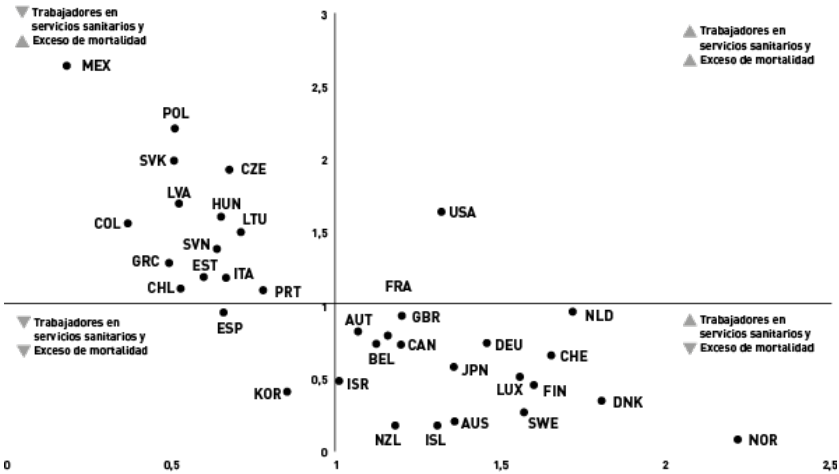
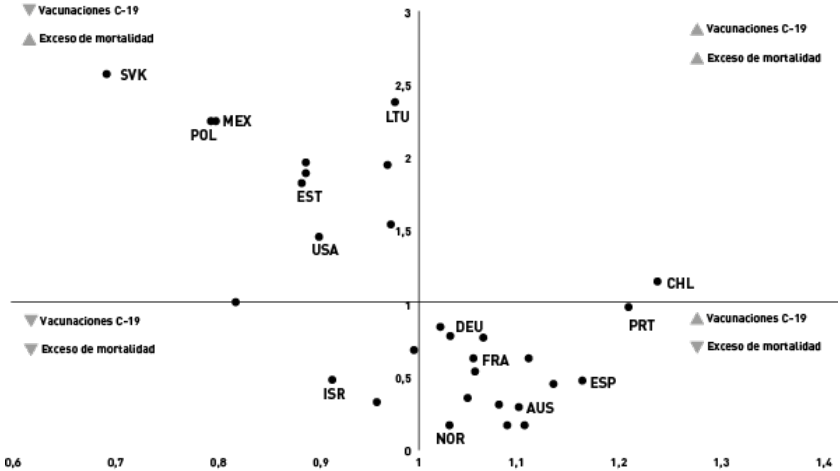


Figura 5

Asociación entre las altas tasas de vacunación con el menor exceso de mortalidad



En cuanto a las necesidades asistenciales no atendidas durante los 12 primeros meses de la pandemia, fueron mayores en España: el 25%, frente al 22% de promedio de la OCDE, y, en cuanto al exceso de mortalidad en relación con las tasas de vacunación de la población, estamos igualmente muy bien situados, como puede verse en el gráfico de la figura 5 (España era el tercer país de la OCDE en cuanto a tasas de población vacunada a diciembre de 2021).

Las medidas económicas

Aunque no se trata de medidas estrictamente sanitarias, es evidente que las medidas económicas puestas en marcha por el Gobierno central tuvieron un impacto positivo sobre la pandemia, porque evitaron una mayor crisis social y es bien conocido que temas como el desempleo y el empobrecimiento extremo tienen una repercusión muy negativa sobre la salud. En este sentido, hay que celebrar la puesta en marcha de los ERTE (expedientes de regulación temporal de empleo), los PERTE (proyectos estratégicos para la recuperación y transformación económica) y la implantación del salario mínimo vital, que permitieron paliar, en gran medida, los efectos económicos de la pandemia y evitar los despidos por su causa.

A modo de conclusión

La pandemia en España tuvo características muy similares a la de otros países del sur de Europa; inicialmente se tardó en reaccionar por tener un sistema sanitario con una gran debilidad en cuanto a los dispositivos de salud pública y un sistema asistencial con muchos problemas por los recortes de la crisis de 2008, de los que todavía no se había recuperado. Fue bastante llamativa la ausencia de sistemas de protección que favoreció la transmisión de la enfermedad especialmente a los trabajadores sanitarios, así como la falta de camas hospitalarias y de camas en las UCI. El manejo de las personas internadas en las residencias de mayores fue uno de los temas más sangrantes porque, mayoritariamente en manos de grandes empresas con ánimo de lucro, no reunían las condiciones adecuadas para el aislamiento de los internos y tenían grandes carencias de personal, situación que se agravó con la negativa en alguna comunidad autónoma a los traslados de los enfermos a centros hospitalarios, lo que empeoró los problemas y ocasionó una elevada mortalidad en la primera ola.

La respuesta de los trabajadores sanitarios fue mayoritariamente ejemplar y, gracias a ella, se pudo contener una situación crítica. Las medidas adoptadas por el Gobierno central (confinamiento, mascarillas, etc.) fueron muy contestadas por la Comunidad de Madrid, que se especializó en llevar la contraria al Gobierno del país y demostró que la gobernanza y la arquitectura del Sistema Nacional de Salud dejan mucho que desear a la hora de actuar conjuntamente ante problemas importantes de salud.

La pandemia también supuso el casi cierre del sistema sanitario para los enfermos no-COVID, lo que implicó la desatención y, muy probablemente, empeoró la evolución de estas enfermedades y su mortalidad. Igualmente, se observó un aumento de los problemas de salud mental, no bien cuantificados, que, por otro lado, puede ser simplemente el afloramiento, ante la opinión pública, de unas

patologías a las que se prestaba una atención insuficiente previamente a la pandemia.

La vacunación fue un éxito, probablemente, por haberse realizado escalonadamente por grupos de edad (desde los más mayores a los más jóvenes) y por haber utilizado, de manera fundamental, la red de centros de salud para administrarla.

A pesar de las promesas realizadas durante la pandemia, que se conformaron en las recomendaciones para la sanidad por parte de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica, la realidad es que este compromiso se ha plasmado en pocas cuestiones concretas. La más evidente ha sido la creación de un fondo de material que evite el desabastecimiento, pero no se han producido avances significativos en cuanto a aumentar el gasto sanitario, ni a mejorar la atención primaria —que continúa, tres años después, en una situación límite—, ni en aumentar las camas hospitalarias y ni siquiera en la puesta en funcionamiento de la Agencia de Salud Pública (pendiente desde 2011).

Además, el refuerzo y blindaje de la sanidad pública no se ha materializado, sino que se continúa incrementando la privatización del sistema sanitario.

Bibliografía

Fernández Ruiz

, S.;

Sánchez Bayle

, M. y

Sánchez Fernández

, C. (2021): Salud, pandemia y sistema sanitario, Madrid, Akal.

Koleva

, G. et al. (2021): “The impact of COVID-19 in nursing homes in Madrid, Spain: a need for assessment”, The Lancet Regional Health – Europe, 11, 100261.

Ministerio de Sanidad (

s. f.

)

: “Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19”. Disponible en https://bitly.ws/TzXG.

OCDE

(2023): “Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience”. Disponible en https://bitly.ws/TzXS.

Oliva

, J. y

Peña Longobardo

, L. M. (2022): “Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias, Informe SESPAS 2022”, Gaceta Sanitaria, 36(51), pp. 556-60.

Rico

, M. (2020): InfoLibre reproduce íntegro el protocolo del Gobierno Ayuso que prohibió trasladar pacientes de residencias a hospitales, Infolibre, 27 de mayo. Disponible en http://bitly.ws/Q7H4.

Zunzunegui

, M. V. et al. (2022): “The impact of long-term care home ownership and administration type on all-cause mortality from march to april 2020 in Madrid, Spain”, Epidemiología, 3(3), pp. 323-336.

— (2022): “Long-term care home size association with COVID-19

infection and mortality in Catalonia in march and april 2020”, Epidemiología, 3(3), pp. 369-390.

Capítulo 3

Servicios de salud del Reino Unido

en el periodo de pandemia y pospandemia

Sally Ruane

El National Health Service (NHS, Servicio Nacional de Salud) del Reino Unido entró en la pandemia de COVID-19 en un estado debilitado después de una década de restricciones financieras. Ya luchando para atender al creciente número de pacientes que esperaban atención electiva (programada), ahora tenía que responder a las oleadas pandémicas de necesidad de atención médica aguda y de emergencia. Este capítulo examina las formas en que el gobierno —especialmente el gobierno en Inglaterra, ya que la atención médica se delega en los cuatro territorios— abordó los desafíos planteados por la pandemia y cómo estas "soluciones" interactúan con el entorno pospandémico de inestabilidad económica y emergencia climática.

Desafíos de los servicios de salud

durante la pandemia

Uno de los principales desafíos para el servicio de salud cuando el virus SARS-CoV-2 comenzó a propagarse en el Reino Unido fue que estaba mal preparado para enfrentar lo que se convirtió en la mayor amenaza para la salud pública desde la Segunda Guerra Mundial. Un ejercicio de simulación de tres días realizado en 2016 reveló que, si bien se consideraba el riesgo de emergencia civil más importante del Reino Unido, ni los planes, ni las políticas, ni la capacidad eran suficientes para hacer frente a las demandas extremas de una pandemia severa (Shirley-Quirke, 2017). Según un exasesor científico, los departamentos relevantes carecían de recursos y de poder (Carrington, 2020) y durante la primera ola se supo que, a pesar de las garantías del Gobierno, no se implementaron todas las recomendaciones posteriores al ejercicio de simulación (Pegg et al., 2020).

La planificación pandémica del Reino Unido, como los servicios públicos en su conjunto, había sufrido los efectos de una "década de austeridad". Entre 1949 y 2010, los aumentos anuales promedio en términos reales en la financiación del NHS fueron de poco menos del 4%, pero este promedio se desplomó a alrededor del 1,5% entre 2009 y 2019. Mientras tanto, se estimó que las presiones al alza de los costos que enfrenta el NHS rondaban el 4% anual (por ejemplo, debido a cambios en el tamaño y la estructura de edad de la población y la creciente incidencia de enfermedades crónicas) (Roberts et al., 2012). Así, el SARS CoV-2 llegó al Reino Unido al final de una década en la que el NHS había recibido el nivel de financiación más bajo, en relación con las necesidades que intentaba satisfacer, desde su creación. La financiación de la salud pública también había sufrido, con dinero transferido del presupuesto de salud pública, para cubrir las brechas en el gasto en servicios de salud (Lacobucci, 2015), y el gasto de ingresos netos en

servicios de salud pública en Inglaterra disminuyó en un 15%, entre los años 2013/14 y 2019/20 (King's Fund, 2021b). Mientras tanto, las subvenciones del Gobierno central a las autoridades locales, que organizan los servicios de salud pública y la atención social, se recortaron salvajemente, lo que generó presiones adicionales sobre el NHS.

La combinación de falta de preparación para la pandemia y el contexto de austeridad significó que el Reino Unido entró en la pandemia con personal y camas de hospital insuficientes (incluidas camas de cuidados intensivos), capacidad de atención primaria insuficiente, bienes de mala calidad, equipo de protección personal inadecuado para que el personal contenga la propagación de infecciones dentro de entornos de atención social y de salud y capacidad débil de realizar pruebas y rastreos para frenar la transmisión de infecciones en la sociedad en general.

Una de las principales formas en que el Gobierno en Inglaterra respondió a la escasez de capacidad en el NHS fue alterar la oferta y la demanda de atención médica, principalmente mediante la suspensión de la atención electiva, e incluso parte de la atención del cáncer, durante varios meses en 2020, y la conversión de gran parte de esa capacidad en la provisión de cuidados intensivos y de emergencia en respuesta a las admisiones derivadas del virus. En cambio, la atención electiva y parte de la atención del cáncer se transfirieron mediante reserva en bloque al sector privado, en virtud de un contrato a medida. Con el fin de "liberar" más camas para pacientes con COVID-19, el Gobierno también ordenó la descarga de la mayor cantidad posible de pacientes que estaban en el hospital por motivos distintos a la COVID-19. Esto incluyó dar de alta a miles de personas mayores frágiles de regreso a sus hogares de atención residencial, y las muertes en ese sector aumentaron debido a la falta de capacidad de pruebas, retrasos en la publicación de orientaciones y espacios inadecuados para una "cohorte" efectiva (separar a los pacientes con COVID-19 de aquellos no infectados).

La insuficiente inversión significó que tanto la contratación como la retención del personal del NHS se habían vuelto más problemáticas durante la década anterior, con escasez en todas las profesiones de la salud. Las restricciones financieras habían afectado a los recursos

disponibles para que el personal realizara su trabajo, que se hizo más oneroso a medida que avanzaba la década. La determinación del Gobierno de contener los costos después de la crisis financiera de 2008 también supuso topes salariales, de modo que para 2018 el salario promedio del personal había disminuido en un 8%, en términos reales desde 2010, con pérdidas previstas, en términos reales, de casi el 15% para los médicos sénior y más del 10% para enfermeras para 2022/2023 (Dayan y Palmer, 2020). La escasez de personal condujo a una mayor cantidad de horas extras no pagadas y se sumó a la naturaleza intensiva de atención de la salud, con el personal que dejó su empleo citando la falta de equilibrio entre el trabajo y la vida personal, el estrés en el lugar de trabajo, la falta de apoyo y la ansiedad sobre los niveles seguros de personal (Beech et al., 2019). La angustia y el daño moral se convirtieron en un motivo de preocupación cada vez mayor, lo que planteaba riesgos de cinismo y agotamiento.

El Gobierno de Londres abordó el desajuste entre los altos niveles de vacantes de personal (alrededor de 100.000 en 2020 solo en Inglaterra) y el fuerte aumento de las admisiones de emergencia de COVID-19 llamando a los profesionales recientemente jubilados y no practicantes a que regresaran al trabajo y redistribuyendo personal de otras áreas del servicio en atención de emergencia y trabajo de cuidados críticos. Atrajeron a los estudiantes de medicina y de enfermería en su último año de curso de entrenamiento y firmaron un contrato con el sector privado que permitió que 10.000 enfermeras y alrededor de 9.000 miembros del personal clínico estuvieran disponibles para trabajar para el NHS (Illman, 2020).

La escasez de atención primaria tradicional se abordó mediante la expansión de un servicio telefónico utilizado para asesorar a los pacientes o cuidadores y guiarlos hacia los servicios que necesitan. Esto podría verse como un sistema paralelo de atención primaria que clasifica a los pacientes y los remite cuando se considera necesario para la atención hospitalaria.

Para aquellos que enfermaron gravemente como resultado del virus, la atención hospitalaria de alta calidad y rápidamente accesible era esencial para sobrevivir, especialmente si se requería ventilación artificial. Sin embargo, la política de transferir recursos de la

costosa atención hospitalaria a una atención más barata en entornos comunitarios, que se había convertido en un dogma, estuvo acompañada de una reducción en el número de camas de hospital en los años previos a la pandemia, incluso cuando la presión en las camas se hizo cada vez más evidente. El Reino Unido entró en la pandemia con 2,45 camas por cada 1.000 habitantes, frente a un promedio de la OCDE de 4,5 camas. De manera similar, el número de camas de cuidados intensivos era muy limitado, con 10,5 por cada 100.000 habitantes en Inglaterra, frente a un promedio de la OCDE de 12 (OCDE, 2020).

La respuesta del Gobierno en Inglaterra fue alterar el uso de los espacios hospitalarios para que, por ejemplo, los quirófanos se convirtieran en espacios de cuidados intensivos. Se crearon "hospitales de campaña" temporales, a un costo de más de 530 millones de libras, en grandes edificios estilo almacén, como el centro de convenciones ExCeL London. Estos hospitales de rápida creación se utilizaron para relativamente pocos pacientes durante la primera ola, aunque no está claro si eso se debió a que superaban las necesidades, estaban mal ubicados o porque no podían contar con personal (Anandaciva, 2021). El contrato de reserva en bloque con el sector privado puso a disposición del NHS 8.000 camas y cientos de quirófanos. Al igual que con los hospitales temporales, estas instalaciones privadas estaban significativamente infrautilizadas tanto por pacientes con COVID-19 como por pacientes que recibían atención electiva financiada por el NHS (Ryan et al., 2021). En algunas áreas, se invitó a las personas mayores frágiles a firmar acuerdos para decir que no querían atención hospitalaria en caso de contraer COVID-19, en otro intento por reducir la demanda de atención hospitalaria.

La prevención y el control de infecciones en el sistema de salud se llevaron a cabo a través de cohortes de pacientes. Esto se vio obstaculizado por limitaciones de espacio y el diseño tanto de hospitales como de residencias. Otro enfoque importante para abordar la propagación de infecciones fue el uso de equipos de protección personal (EPP), como mascarillas, guantes y delantales. Se había permitido que el stock de estos disminuyera en los años anteriores, ya que se dejó de priorizar la preparación para una pandemia, y las primeras semanas de la pandemia se vieron

empañadas por la escasez de EPP para algunos trabajadores de hospitales y para muchos trabajadores de atención domiciliaria y residencial. El diseño de algunos edificios dificultaba la buena ventilación y creaba dificultades en el distanciamiento social.

La prevención y el control de infecciones fuera del hospital y las áreas residenciales se gestionaron a gran escala mediante confinamientos y cierres impuestos en todos los hogares y la mayoría de las empresas. Esta fue una de las principales formas en que el Gobierno respondió a la escasez de capacidad en el NHS, ya que redujo la cantidad de pacientes que potencialmente requerían ingreso hospitalario. Las citas con médicos de familia y otras personas que trabajaban en clínicas familiares se convirtieron, siempre que fue posible, en encuentros en remoto, con atención en persona que se proporcionaba solo cuando se consideraba esencial. Los médicos de atención primaria también dejaron de acudir a las residencias para evitar convertirse en vectores de transmisión.

La capacidad de realizar pruebas fue lamentablemente inadecuada y se priorizó para el personal del hospital y los pacientes hospitalizados durante gran parte de la primera ola. En el verano de 2020, el Gobierno buscó crear un nuevo servicio de pruebas y rastreo, en gran parte fuera de la infraestructura de salud pública existente y sobre una base predominantemente privatizada. Este enfoque paralelo originó dificultades en el intercambio de información. Las autoridades municipales, que dirigían los departamentos de salud pública y contaban con una gran cantidad de conocimiento local útil para contextualizar los datos de infección, se esforzaron por obtener incluso información bastante básica sobre la infección en sus jurisdicciones, lo que retrasó las respuestas de contención adecuadas. La reestructuración previa de la salud pública también había reducido la experiencia en enfermedades transmisibles disponible a nivel local.

En general, la forma de lidiar con las limitaciones de capacidad fue manipular tanto la demanda como la oferta de atención médica, incluida la creación de nuevas formas de atención médica que, a veces, funcionaban en paralelo, en lugar de integrarse dentro de las estructuras existentes. El programa nacional de vacunación, que comenzó en diciembre de 2020, representó otro esfuerzo para

reducir la demanda futura de atención médica.

Problemas pendientes que esperan

soluciones efectivas

Sin embargo, tanto los problemas que dieron lugar a las graves carencias de capacidad como algunas de las “soluciones” puestas en marcha durante la pandemia han contribuido a perdurar en dificultades que aún no han sido resueltas.

La respuesta del Gobierno a la pandemia no aumentó la capacidad permanente del NHS, sino que se basó en la capacidad adicional del sector privado y las instalaciones temporales. Por lo tanto, a medida que emerge de la pandemia, el NHS todavía tiene muy pocas camas generales y de agudos, muy pocas camas de cuidados intensivos, muy poca capacidad de diagnóstico y muy pocos espacios de quirófano. Sin embargo, la escasez ahora se siente de forma aún más aguda, ya que la necesidad de atención médica ha aumentado drásticamente.

Por ejemplo, en julio de 2022, 1,4 millones de personas informaron de los efectos adversos de la COVID persistente en las actividades diarias (Ayoubkhani et al., 2022). Un problema mayor se refiere a los pacientes que requieren atención electiva. Aquellos que no pudieron acceder a la atención electiva durante la primera ola de COVID (las admisiones electivas de pacientes hospitalizados cayeron un 34,4% entre marzo y diciembre de 2020 [Burn et al., 2021]) son parte de una acumulación de necesidades hasta ahora insatisfechas, exacerbada por personas que no se presentaron para diagnóstico y atención durante la pandemia, pero que desde entonces han sido diagnosticados con cáncer o con afecciones que requieren procedimientos de atención electivos. En febrero de 2010, las cifras oficiales registraron 2,3 millones de esperas en la lista de espera de cuidados electivos. Esto casi se duplicó durante la década de austeridad y volvió a aumentar drásticamente durante la pandemia. En octubre de 2022, la lista de espera registró 7,2

millones de esperas (más de 5,5 millones de personas). Muchos de estos pacientes confían en los médicos de familia para el manejo de sus condiciones durante estas largas esperas, lo que supone una carga adicional para estos.

El acceso interrumpido a la atención de la salud ha exacerbado las desigualdades existentes. En la primera ola, las disminuciones porcentuales más grandes en las admisiones de pacientes hospitalizados de emergencia se produjeron entre las personas asiáticas, negras y de etnia mixta. Las personas que viven en las áreas locales más desfavorecidas (cuando se mide a través de un índice oficial de privación múltiple) tuvieron un 23% menos de admisiones de emergencia entre marzo y diciembre de 2020, en comparación con una reducción del 20% para quienes viven en las áreas menos desfavorecidas. Esta disminución es mucho mayor en términos absolutos, ya que las áreas más desfavorecidas tenían más admisiones de emergencia por persona antes de la pandemia (Burn et al., 2021). Es probable que estas interrupciones desiguales en el tratamiento agudicen las desigualdades de salud existentes y se sumen a la creciente evidencia de que la pandemia afectó a algunos grupos étnicos más severamente que a otros (Larsen et al., 2021).

Los retrasos en recibir tratamiento ahora existen en todo el servicio de salud. En el verano de 2022, 1,2 millones de pacientes esperaban atención de salud mental en entornos comunitarios (Thomas, 2022). Alrededor de una cuarta parte de los pacientes esperó más de 15 días para una cita con un médico de familia, según una encuesta (Tilley, 2022). Los tiempos de respuesta de las ambulancias se han deteriorado de una manera nunca antes vista con pacientes que sufren un derrame cerebral o quemaduras graves o un ataque cardíaco, pues tienen que esperar, de media, más de 40 minutos, en lugar del objetivo de 18 minutos previsto en octubre de 2022 (Nuffield Trust, 2022). Los retrasos se deben, en parte, a un aumento de la demanda y, en parte, a retrasos en el traspaso, causados por la falta de capacidad en los departamentos de emergencia donde el espacio es ocupado por pacientes que ingresaron para recibir tratamiento en el hospital, pero para los que aún no hay camas disponibles. La escasez de camas se ve exacerbada por el número de pacientes que se consideran médicamente aptos para el alta y que no pueden ser dados de alta

del hospital, en gran parte porque no hay una atención adecuada para ellos fuera del hospital. La financiación de la asistencia social sigue siendo inadecuada. El intento más reciente de abordarlo, aunque defectuoso, fue la introducción en 2022 de un gravamen de atención social y de salud sobre los ingresos del trabajo, pero esto fue posteriormente abolido por el Gobierno de Truss.

Los retrasos en el acceso a la atención médica se deben principalmente a la falta de personal, cuyo número no ha ido a la par con el aumento de la actividad. Se informaron 47.500 vacantes de enfermería a finales de 2022 (NHS Digital, 2022a), en comparación con las 22.000 vacantes en 2000 (Finlayson et al., 2002). El personal no ha experimentado ningún periodo de respiro desde el estallido de la pandemia y muchos no han podido recuperarse desde la primera ola, físicamente agotadora y emocionalmente traumática. Tan pronto como disminuyeron las admisiones de emergencia de COVID-19, el NHS reanudó la actividad de atención electiva y desde entonces ha estado tratando de reducir las listas de espera y, al mismo tiempo, ha tenido que adaptarse a las nuevas oleadas de SARS-CoV-2. Donde el personal tuvo una tasa promedio de ausencia por enfermedad del 4,19% en 2016-17, esta aumentó a 5,38% en 2021-22, con tasas especialmente altas entre el personal de ambulancias y el apoyo a los trabajadores clínicos (NHS Digital, 2022b). Aunque el Gobierno anunció en febrero de 2022 el fin del requisito de autoaislamiento y el fin de las pruebas universales gratuitas y del apoyo a los ingresos para quienes no pueden trabajar debido a la COVID-19, las nuevas oleadas de variantes de ómicron han seguido ejerciendo una presión adicional en las instalaciones del NHS y exigido medidas continuas de prevención y control de infecciones, lo que ralentiza los intentos de reducir los tiempos de espera de atención electiva. Si bien los aumentos salariales porcentuales recientes son más altos que en la década anterior a la pandemia, continúan muy por debajo de la inflación, lo que provocó una ronda de acciones industriales sin precedentes, incluida la primera huelga del Royal College of Nursing en sus 100 años de historia.

Amenazas y desafíos que enfrenta el NHS

en una era de emergencia climática e inestabilidad económica

Los servicios de salud universales, que ya están sobrecargados sin precedentes, ahora enfrentan una serie de desafíos adicionales de enormes proporciones. Estos incluyen la posibilidad de más pandemias, la emergencia climática, el desempeño económico debilitado por una serie de shocks del sistema y los efectos a largo plazo de la COVID-19.

No se puede descartar la posibilidad de nuevos choques pandémicos, ya sea por nuevas variantes graves del SARS-CoV-2 o por un nuevo virus. Esto se debe especialmente a que la expansión de los asentamientos humanos y la alteración de los hábitats de los animales como resultado del calentamiento global pueden hacer que los animales entren en mayor contacto con las personas, lo que incrementa el riesgo de transmisión del virus de animal a humano (Marani et al., 2021). La preparación para una pandemia tiene implicaciones para la planificación de la capacidad y el diseño y uso de la infraestructura. Sin embargo, otra pandemia no es la única amenaza que enfrentan los servicios de salud.

El Reino Unido ha visto sus diez años más calurosos en las últimas dos décadas, siendo 2022 el más caluroso desde que comenzaron los registros en 1659 (Met Office, 2023) y la emergencia climática representa una gran amenaza para la salud pública. El aumento de la temperatura puede comprometer la capacidad del cuerpo para regular su propia temperatura y provocar deshidratación, calambres, agotamiento, insolación e hipertermia. Las personas mayores y los niños son particularmente vulnerables. Las temperaturas extremas también pueden empeorar las condiciones crónicas, incluidas las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cerebrovasculares y las condiciones relacionadas con la diabetes (OMS, 2018). Indirectamente, además de reducir la productividad y

obstaculizar el comercio, los trastornos del clima pueden incrementar la transmisión de enfermedades y el riesgo de accidentes, lesiones y traumatismos y perturbar infraestructura crítica como la energía, el transporte y el agua disponible para el público, la producción de alimentos y la generación de energía y la industria. Más ampliamente, pueden causar daños permanentes a los ecosistemas de los que dependemos.

Los servicios de salud posteriores a la pandemia también pueden estar operando en un sistema económico que es más inestable que en el pasado. Se necesitaron altos niveles de endeudamiento del Gobierno durante la pandemia para financiar el gasto adicional en servicios públicos, incluida la salud, el apoyo a los ingresos para un mayor número de solicitantes de la seguridad social y el bienestar corporativo, incluidos préstamos, subvenciones y recortes de impuestos temporales para empresas, y un esquema de retención de empleo de 18 meses. Excluyendo los servicios públicos, se estimó que los costes del apoyo relacionado con la COVID-19 a empresas e individuos rondarían los 126.000 millones en 2020-21 y los 44.000 millones de libras esterlinas en 2021-22 (Pope y Hourston, 2022). Además del presupuesto habitual, el Departamento de Salud de Inglaterra gastó, entre 2020 y 2022, más de 70.000 millones de libras (King's Fund, 2022). Sin embargo, como en otras partes del mundo, la economía del Reino Unido se contrajo durante la pandemia. Las medidas de salud pública, como los confinamientos y las restricciones de viaje, provocaron una contracción económica de casi el 20% entre abril y junio de 2020 y otra caída más pequeña a principios de 2021, y los niveles de PIB previos a la pandemia no se restauraron hasta principios de 2022, cuando en los hogares el gasto también se había recuperado (ONS, 2022).

Sin embargo, para entonces, la subida de los precios del combustible y la guerra en Ucrania estaban elevando la inflación, que alcanzó un máximo del 11% en octubre de 2022. La inflación, especialmente en los alimentos básicos, y los altos precios de la energía han provocado una crisis del costo de vida y disturbios industriales, que influyen en el NHS. Los problemas económicos se han visto exacerbados por lo que algunos analistas denominan goles en propia puerta. Estos incluyen el Brexit, que se cree que ha reducido el PIB del Reino Unido en un 4%, a largo plazo, en

relación con permanecer en la UE (OBR EFO, 2022); y los planes fiscales del efímero Gobierno de Truss, que provocaron una reacción adversa del mercado y tasas de endeudamiento más altas para los propietarios de viviendas y el Gobierno. Se pronostica una recesión para 2023 y la mayor caída en los ingresos desde 1964. Tras el impacto de la crisis financiera de 2008 en la economía del Reino Unido y la brecha que creó entre los ingresos fiscales y el gasto público, la crisis actual puede considerarse entonces como la tercera crisis económica en 15 años, y la conjunción de estas crisis puede apuntar a una mayor inestabilidad del sistema.

Una de las implicaciones de estas amenazas es un aumento en la necesidad de atención médica. Incluso pequeños cambios en las temperaturas estacionales pueden incrementar el número de muertes y la necesidad de atención hospitalaria y una mayor intervención de salud pública. Los drásticos recortes en el gasto público a partir de 2010 contribuyeron al débil desempeño económico y a la depresión de los salarios, particularmente en el sector público. El vínculo entre la pobreza o la desigualdad y la necesidad de atención médica es complejo, pero el impacto de los recortes del gasto público en servicios y beneficios afectó de manera desproporcionada a las personas más pobres, un grupo sobrerrepresentado entre los que necesitan servicios de salud, incluidos los servicios de salud mental. Además de dar lugar a una "COVID persistente", la pandemia se asoció con un aumento de los problemas de salud mental entre algunos grupos, incluidas las mujeres, algunos grupos étnicos minoritarios, adultos jóvenes, personas con afecciones preexistentes y personas que experimentan pérdida de ingresos o empleo (OHID, 2022). La pandemia también ha elevado significativamente el trabajo del servicio de salud debido a la necesidad de proporcionar vacunas a la mayoría de la población: los médicos de familia tuvieron que proporcionar 55 millones de citas adicionales a los pacientes en 2021 (Bostock, 2022). Los hábitos de dieta y ejercicio más pobres durante la pandemia también pueden ampliar la demanda futura de atención médica (Karjalainen, 2021). Las calorías totales consumidas por las personas en el Reino Unido estaban un 15% por encima de los niveles normales en mayo de 2020 y se mantuvieron por encima de lo normal a lo largo de 2020 (O'Connell, 2021).

Las amenazas que enfrentamos también tienen implicaciones para los recursos disponibles para el servicio de salud. La interrupción del comercio y la productividad derivada de fenómenos meteorológicos extremos puede influir en la recaudación de impuestos; se deben desviar más recursos públicos para reparar la infraestructura dañada, como las defensas costeras, los edificios inundados, los sistemas de agua, las carreteras y los ferrocarriles y la generación de energía, así como para invertir en hacer que esta infraestructura sea más resistente a futuras perturbaciones climáticas. El enorme aumento de los costos de la energía ha requerido otra intervención gubernamental a gran escala para complementar los ingresos de los hogares a través de transferencias financieras universales. Se prevé un mayor gasto público en Defensa en el contexto de lo que algunos perciben como expansionismo ruso.

Tanto la emergencia climática como la pandemia están incrementando los costes en los que incurre el SNS. Se considera que el NHS es responsable del 4-5% de las emisiones de carbono del Reino Unido (BMA, 2023) y del 5% de la contaminación del aire (Oung, 2019). Algunos recursos del NHS ya están dedicados a monitorear la contaminación del aire, la huella de carbono, los desechos y el uso de agua. Por su parte, el NHS de Gales se compromete a reducir las emisiones de carbono en un 30% para 2030 y el NHS de Inglaterra tiene el objetivo de ser el primer sistema de salud del mundo con cero emisiones de carbono para 2045 y estos objetivos requieren cambios en las políticas. Por ejemplo, la construcción de un nuevo hospital se llevará a cabo en consonancia con el objetivo Carbón Net Zero (cero emisiones de carbón). Después de la pandemia, los nuevos hospitales se diseñarán con mayor flexibilidad en el uso del espacio disponible y un anuncio reciente comprometió el nuevo programa de construcción de hospitales (NHS) al 100% de habitaciones individuales para pacientes para el control de infecciones. En general, estos cambios elevan el precio de los nuevos hospitales. Estos aumentos de precios se ven agravados por la escasez de oferta y las limitaciones de capacidad dentro del sector de la construcción que, a su vez, empeoran por el impacto del Brexit en el mercado laboral en varios sectores, incluidos el transporte y el almacenamiento (Sumption et al., 2022).

Por lo tanto, el Reino Unido se enfrenta a un aumento de los costos de los servicios de salud, pero en un contexto de altos niveles de gasto durante la pandemia, tribulaciones económicas y la inestabilidad política y financiera ocasionada por las crisis de credibilidad dentro de los sucesivos gobiernos conservadores. Como resultado, el Gobierno actual sigue reacio a aumentar significativamente el endeudamiento y se resiste a la presión de ampliar el presupuesto del NHS y el presupuesto de atención social debido a una mayor necesidad de la población.

La amenaza final a los servicios universales de salud pública que consideramos aquí se refiere a la posición relativa fortalecida del sector privado y la forma en que interactúa con la disminución de la satisfacción pública con el Servicio Nacional de Salud. Las políticas gubernamentales a lo largo de un periodo de 20 años desde 2000 habían beneficiado al sector sanitario privado al incorporarlo a la provisión de servicios financiados por el NHS, especialmente en torno a diagnósticos y tratamientos electivos. Para 2018, un tercio de los ingresos del sector médico/quirúrgico y clínico de hospitales agudos privados provino de contratos con el NHS, aumentando tanto la dependencia del sector privado de la financiación de los contribuyentes como la dependencia del NHS de la capacidad del sector privado (Barrett Evans et al., 2018).

El sector sanitario privado estuvo muy cerca del colapso en marzo de 2020, frente a una tormenta perfecta derivada de las incertidumbres y restricciones inminentes de la pandemia: operaciones canceladas para pacientes en grupos de riesgo; un colapso en el lucrativo mercado de pacientes en el extranjero; el riesgo de suspensiones temporales de los procedimientos financiados por el NHS; la perspectiva de una profunda recesión que dañe el mercado de autopago y el mercado de cobertura médica privada relacionada con el empleo; y la pérdida de tiempo del personal, ya que los profesionales priorizaron la respuesta a la pandemia de emergencia del NHS. El colapso inminente de los ingresos puso en peligro la capacidad del sector sanitario privado para emplear personal y cumplir con sus obligaciones de alquiler y servicio de la deuda.

En lugar de invertir en una reestructuración del sistema de salud a

favor de la expansión de la capacidad pública, el Gobierno decidió utilizar fondos públicos para comisionar la atención del sector privado, efectuando así lo que se ha descrito como un “rescate” del sector privado de asistencia médica y quirúrgica aguda en el Reino Unido. (Kotecha, 2020). El valor del contrato con el sector hospitalario privado en marzo de 2020, y hasta marzo de 2021, nunca ha sido revelado. Las estimaciones del Gobierno sitúan el total en alrededor de 2.000 millones de libras, pero fuentes del NHS y de la industria creen que podría ser el doble (Ryan et al., 2021). Otros contratos posteriores han canalizado dinero público hacia la provisión privada de atención médica y servicios de salud pública, como pruebas y rastreo.

El NHS, debilitado por la austeridad, luego abrumado por las admisiones de COVID-19 y una creciente acumulación de atención electiva, se está esforzando por brindar un servicio satisfactorio. Los largos retrasos han llevado a un número creciente de pacientes que buscan comprar diagnóstico o tratamiento de forma privada, lo que representa una amenaza para el principio fundamental del NHS desde su creación en 1948, que la atención debe ser gratuita en el momento del uso y asignada sobre la base de la necesidad y no de la capacidad de pago.

La insatisfacción también ha surgido por la mayor dependencia de los modos remotos de brindar atención. Una minoría significativa de las citas con médicos de familia ahora se realiza por teléfono, al igual que muchas citas con médicos de hospitales. Esto contribuye a una reducción en los tiempos y costos de viaje de los pacientes y las emisiones de carbono asociadas. Sin embargo, combinado con los retrasos en ver a los médicos de familia, ha dado lugar a fuertes críticas sin precedentes hacia los médicos en la prensa de derecha. Otras formas de atención a distancia, que a menudo se incluyen en el término general de “atención digital”, comprenden la vigilancia remota en “salas virtuales”, haciendo uso de aplicaciones, plataformas tecnológicas, dispositivos portátiles y dispositivos médicos como pulsioxímetros y, a veces, transfiriendo la responsabilidad de monitorear sobre los pacientes. Un cambio más amplio a la “atención” telefónica es anterior a la pandemia, por ejemplo, en los servicios de salud mental.

La pandemia en la que las muertes entre personas de comunidades negras y étnicamente minoritarias fueron superiores que el promedio (Larsen et al., 2021), en combinación con la muerte de George Floyd en EE UU, sirvió para politizar aún más la insatisfacción reportada por los pacientes de grupos étnicos minoritarios en sus experiencias con el servicio de salud y la ira que sienten por el racismo que experimentan los trabajadores de la salud de BEM (Black and Ethnic Minorities). Un estudio encargado por el Parlamento encontró que la mayoría de los encuestados en las comunidades BEM no confiaban en el NHS (Clearview, 2020). Las peores experiencias de atención y los niveles de desconfianza contribuyen a que las personas de grupos étnicos minoritarios acepten significativamente menos el programa de vacunación (Allington et al., 2021).

Una amenaza potencialmente mayor para la supervivencia del NHS es el efecto corrosivo que las historias en curso sobre camas insuficientes, niveles inadecuados de personal, cuidados de pacientes comprometidos, incidentes críticos y muertes evitables tienen en la fe pública de que el NHS, como una institución financiada con fondos públicos y en gran parte proporcionada por el Estado, sigue siendo la mejor manera de satisfacer las necesidades de atención de la salud de la población. El Ministerio de Salud de Aneurin Bevan —arquitecto principal del NHS en el Gobierno laborista radical del periodo inmediatamente posterior a la Primera Guerra Mundial— se suele citar diciendo que “el NHS durará mientras quede gente con la fe para luchar por él”. La situación actual representa una prueba severa de esa fe y los proveedores y aseguradoras sanitarias privadas están ansiosas por beneficiarse de las oportunidades para expandir sus negocios.

¿Qué se necesita para fortalecer el Servicio Nacional de Salud en el nuevo contexto?

El Servicio Nacional de Salud debe fortalecerse para resistir los desafíos del contexto ambiental, político y económico posterior a la pandemia.

El NHS ha sido criticado por ser un “servicio de enfermedad” en lugar de un “servicio de salud”. Debe haber un cambio de paradigma hacia la reducción y la prevención en lugar de simplemente tratar los niveles de enfermedad en el Reino Unido. Esto se reconoce en la política, pero no se elabora una visión y no se financia un enfoque preventivo general o de causas específicas. La prevención efectiva implicará una mayor inversión en medidas preventivas primarias y secundarias y promoción de la salud, pero también intervenciones ampliadas y más profundas fuera del servicio sanitario que aborden determinantes más amplios de la salud: socioeconómicos, políticos, culturales y ambientales. Algunos ejemplos son aumentar la disponibilidad de viviendas de buena calidad (por ejemplo, mediante la expansión de viviendas sociales, mejor eficiencia energética y una regulación más estricta del sector de alquiler privado) e invertir en transporte público que reduzca el uso del automóvil, lo cual puede tener efectos a medio plazo en la salud; por otro lado, la redistribución a través del sistema de impuestos y protección social puede tener efectos a largo plazo en la reducción de la desigualdad (el Reino Unido tiene un coeficiente de Gini de desigualdad de ingresos de 2019-20 del 35%, antes de los costos de vivienda, y del 39% después de los costos de vivienda) y en la disminución del número de hogares pobres. Abordar problemas más amplios para reducir las desigualdades socioeconómicas debería, en condiciones equivalentes, traducirse en una reducción de las desigualdades en salud. Será esencial un mayor gasto en las autoridades municipales para abordar los determinantes más amplios de la salud.

La atención primaria debe expandirse significativamente para hacer frente al nivel de necesidad, restaurar y salvaguardar la continuidad de la atención y ayudar a trasladar la carga de la intervención a la prevención y la promoción de la salud y las primeras etapas en el curso de una enfermedad. Esto implicará capacitar y reclutar más personal para equipos multidisciplinarios, revisar el modelo comercial en la atención primaria, invertir en sistemas de las tecnologías de información (TI) que sean compatibles con los sistemas de TI de los proveedores de servicios comunitarios y secundarios y ampliar o renovar las instalaciones. Si bien la cantidad de médicos de atención especializada ha aumentado considerablemente en los últimos 15 años, la cantidad de médicos de atención primaria ha disminuido, por lo que es necesario abordar las barreras para trabajar en la atención primaria. El empleo de nuevos médicos asalariados en clínicas y entornos comunitarios de propiedad y administración públicas puede eliminar la carga de la asociación comercial, pero dichos médicos deberían estar protegidos de su traspaso a la condición de empleados de grandes corporaciones privadas que han hecho avances en la atención primaria, como las subsidiarias de United Health Group y Centene. Se precisa favorecer la información y el apoyo para los pacientes que desean mejorar el autocuidado de las condiciones crónicas.

Es fundamental una apuesta clara por la provisión pública. Para brindar un tratamiento oportuno, restaurar la confianza de la población en el servicio y evitar socavar el principio fundamental del NHS al mantener el acceso a la atención médica en función de la necesidad y no de la riqueza de las personas, se requiere aumentar la capacidad del servicio de salud en general, mediante un incremento de la mano de obra. Es necesario un plan de plantilla a largo plazo, con compromiso de hacienda, acorde con la escala y trascendencia del servicio que se encarga de tratar a 68 millones de personas, y reconociendo que invertir hoy puede reducir gastos evitables (por ejemplo, en personal temporal) a largo plazo. Esto implica estimar las necesidades de mano de obra a medio y largo plazo y expandir la infraestructura de capacitación (en instituciones de formación y entornos de colocación) para preparar a la cantidad necesaria de personal. La retención del personal existente debe mejorarse sobre la base de la evidencia de la investigación, incluido

el apoyo a la gerencia para que gestione de manera más compasiva, con una mayor flexibilidad de las horas de trabajo para el personal cuando sea posible, que permita que los juicios profesionales hechos por el personal se lleven a la práctica en lugar de cuestionarlos, y con la subida de salarios y mejoras en las condiciones de servicio. Antes de la implementación, las políticas deben evaluarse o probarse en función de su posible impacto en el personal. Los servicios de atención social deben expandirse sobre la base de una mayor financiación pública y una expansión de la provisión pública con un alejamiento gradual de la provisión comercial.

Es preciso matizar el enfoque del uso de la tecnología digital. Es necesario invertir en sistemas de TI que faciliten los registros electrónicos de los pacientes, de manera que protejan sus datos de una explotación comercial inapropiada y no responsable. El uso de tecnología remota debe estar impulsado por consideraciones de calidad de la atención, así como por el conocimiento con respecto a lo que funciona y lo que no funciona desde la perspectiva de los pacientes y usuarios del servicio. Es necesario compartir datos para facilitar el trabajo colaborativo y los servicios conjuntos, sujetos a las salvaguardas apropiadas de confidencialidad del paciente/cliente.

Se necesita inversión adicional para implementar las propuestas aquí establecidas. Las reformas al sistema tributario, particularmente en el impuesto a la riqueza, son necesarias para recaudar ingresos adicionales. Deben detenerse las demandas de "eficiencias" que equivalen a recortes en los servicios o reducciones en la calidad de estos. Se necesita inversión en infraestructura que facilite la preparación para una pandemia y esté alineada para lograr objetivos de cero emisiones de carbono.

Debe fortalecerse la responsabilidad democrática local de los servicios de salud. Las decisiones sobre políticas y servicios están sujetas a mucha más apertura y transparencia, con derechos públicos fortalecidos a la información, y que los consejos de toma de decisiones estén compuestos por personas que representan el interés público, en lugar de los intereses privados.

La oposición efectiva de los políticos nacionales a las políticas gubernamentales dañinas es esencial para mantener la fe pública en

el NHS. Se necesita una narración clara que explique por qué el NHS no brinda atención oportuna y, en algunos casos, segura para contrarrestar cualquier tendencia a creer que el modelo del NHS de un servicio integral financiado con impuestos disponible para todos ya no es viable para el siglo XXI. Los partidos de oposición deben ofrecer políticas alternativas, en la línea descrita aquí y determinadas democráticamente, que demuestren que la crisis actual no es irresoluble ni indefinida.

También es necesario lograr una mayor unidad entre las organizaciones de base que se oponen a la privatización y apoyan un servicio de salud pública sólido. Si bien existen perspectivas y agendas superpuestas, estas organizaciones no siempre avanzan en la misma dirección a la vez, aunque las coaliciones en torno a iniciativas específicas están fortaleciendo el movimiento. Sin duda, la comunicación efectiva de las posibles consecuencias de las políticas propuestas y el avance de mejores políticas alternativas para un servicio de salud pública sólido siguen siendo esenciales.

Bibliografía

Allington

, D. et al. (2021): “Trust and experiences of National Health Service healthcare do not fully explain demographic disparities in coronavirus vaccination uptake in the UK: a cross-sectional study”, British Medical Journal, 3 de diciembre, e053827.

Anandaciva

, S. (2021): “Was building the NHS Nightingale hospitals worth the money?”, King’s Fund.

Ayoubkhani

, D. et al. (2022): “Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 7 July 2022”, Office for National Statistics.

Barrett Evans

, D. et al. (2018): “UK Healthcare Market Review 30th edition”, Laing Buisson.

Beech

, J. et al. (2019): “Closing the Gap: Key areas for action on the health and care workforce”, King’s Fund, Nuffield Trust.

BMA

(2022): “More support needed to help the NHS reach net zero”, British Medical Association.

Burn

, S. et al. (2021): “What happened to English NHS hospital activity during the pandemic”, Institute for Fiscal Studies, Briefing Note BN328.

Carrington

, D. (2020): “UK strategy to address pandemic threat ‘not properly implemented’”, The Observer, 29 de marzo.

Dayan

, M. y

Palmer

, B. (2022): “What has happened to NHS staff pay since 2010?”, Nuffield Trust.

Finlayson

, B. et al. (2002): “Mind the gap: the extent of the NHS nursing shortage”, British Medical Journal, 7 de septiembre; 325(7363), pp. 538-541.

Iacobucci

, G. (2015): “Medical training and public health budgets will be cut, Osborne confirms”, British Medical Journal, 26 de noviembre, 351:h6411.

Illman

, J. (2020): “NHS block books almost all private hospital sector capacity to fight COVID-19”, Health Service Journal, 21 de marzo.

Karjalainen

, K. et al. (2021): “Update: How is the COVID-19 crisis affecting the NHS?”, Economics Observatory.

King’s Fund

(2021a): “The NHS budget and how it has changed”, Londres, King’s Fund, marzo. Disponible en https://bitly.ws/TzYQ.

— (2021b): “Spending on public health”, Londres, King’s Fund, 29 de enero. Disponible en https://bitly.ws/TzYY.

— (2022): “The NHS budget and how it has changed”, King’s Fund.

Kotecha

, V. (2020): “Who benefits from the NHS’s bailout of private hospitals?”, Centre for Health and the Public Interest.

Larsen

, T.;

Bosworth

, M. y

Nafylian

, V. (2021): “Updating ethnic contrasts in death involving coronavirus (COVID-19)”, Inglaterra, Office for National Statistics.

Marani

, M. et al. (2021): “Intensity and frequency of extreme novel epidemics”, Proceedings of the National Academy of Sciences, 118(35).

Met Office

(2023): “Climate change drives UK’s first year over 10 °C”, Meteorological Office, 5 de enero.

NHS Digital

(2022a): “NHS Vacancy Statistics”, NHS Digital.

—

(2022): “NHS Sickness absence rates”, NHS Digital.

Nuffield Trust

(2022): “Ambulance response Times”, Nuffield Trust, 31 de octubre.

O’Connell

, M. (2021): “The dietary impact of the COVID-19 pandemic”, Institute for Fiscal Studies.

OBR

(2022): “Economic and Fiscal Outlook”, Office for Budgetary Responsibility, marzo.

OCDE (2020): “Beyond containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD”, Organisation for Economic Cooperation and Development.

OHID (2022): “COVID-19 mental health and wellbeing surveillance: report”, UK Government Office for Health Improvement and Disparities.

ONS (2022): “GDP and events in history: how the COVID-19 pandemic shocked the UK economy”, Office for National Statistics.

Oung

, C. (2019): “The environment needs to be higher up the NHS agenda”, Nuffield Trust.

Pegg

, D. et al. (2020): “Revealed: the secret report that gave ministers warning of care home coronavirus crisis”, The Guardian, 7 de mayo.

Pope

, T. y

Hourston

, P. (2022): “Coronavirus: what support did government provide for individuals and businesses?”, Institute for Government.

Roberts

, A. et al. (2012): A Decade of Austerity, Londres, Nuffield Trust.

Ryan

, S. et al. (2021): “For whose benefit?”, Centre for Health and the Public Interest.

Shirley-Quirke

, H. (2017): “Exercise Cygnus Report, Tier One Command Post Exercise, Pandemic Influenza”, Londres, Public Health England.

Sumption

, M. et al. (2022): “How is the End of Free Movement Affecting the Low-wage Labour Force in the UK?”, Óxford, Migration Observatory.

Thomas

, R. (2022): “NHS fails on mental health care targets as waiting list rises to 1.2 million”, Independent, 23 de agosto.

Tilley

, C. (2022): Face-to-face GP waiting times still shorter than before the pandemic, Pulse, 25 April

Vize

, R. (2020): “How the erosion of our public health system hobbled England’s COVID-19 response”, British Medical Journal, 369:m1934.

WHO (2018): “Heat and health”, World Health Organisation.

Capítulo 4

Crisis sanitaria y experiencia del abordaje de la pandemia COVID-19 en Chile

Cesar Gattini

Introducción

Similar a lo ocurrido a nivel internacional, la severa pandemia de COVID-19 apareció en Chile en marzo de 2020 como una gran catástrofe no solo sanitaria, sino también económica y social. Su evolución superó inicialmente todas las posibilidades de prevención y control de salud, lo que produjo una gran multitud de casos, complicaciones y muertes, y al inicio fue muy difícil de abordar. También ello ocasionó una serie de complicaciones de salud y muertes por otras causas de salud, debido a la postergación de atención sanitaria de casos no-COVID-19 y a la marcada reducción de actividad económica y aislamiento prolongado a la que fue sometida la población (que fue muy crítica en algunos tipos de adultos mayores).

En 2020, y con 19,1 millones de habitantes, Chile tenía un nivel de desarrollo entre medio y alto, con un PIB per cápita de 13.095 dólares americanos (a precios actuales) e índice de desarrollo humano (IDH) de 0,819; ocupaba el lugar 40 del ranking mundial de IDH (The World Bank, 2022; PNUD Chile, 2022). La salud de la población ha tenido un avance histórico importante, especialmente en las últimas décadas, alcanzando una esperanza de vida de 80,3 años, con una importante mejoría de la salud maternoinfantil y la reducción de enfermedades transmisibles prevenibles (United Nations, 2022; Gattini, 2019a). El perfil epidemiológico ha cambiado; en este sentido destaca el aumento del grupo de adultos mayores y de las enfermedades crónicas. El sistema de salud en Chile ha logrado un importante desarrollo y cobertura nacional, cuyo sistema público de seguro y el de asistencia cubren casi el 80% de la población, mientras que el resto es cubierto por instituciones privadas. A pesar de su gran desarrollo y aporte, el sistema global de salud y sus sistemas específicos mantienen notorios aspectos críticos en su estructura y desempeño, lo que requiere de una reforma estructural (Gattini, 2019a). En 2017, Chile tenía 2,1 camas hospitalarias por 1.000 habitantes, la mayor parte de ellas pertenecientes al SNSS (70,9%), un 9,6% a otros hospitales estatales (9,6%) y un 19,5% al sector privado. En las últimas décadas, el

aumento de la población y sus necesidades asistenciales siguen superando con creces el limitado crecimiento hospitalario, especialmente aquellos de especialidad y mayor complejidad asistencial. El nivel primario de atención perteneciente al SNSS cuenta con diversos tipos de establecimientos distribuidos a través de todo el país, hasta en sectores aislados y rurales (Gattini, 2019a y 2019b).

Afortunadamente, y desde poco antes de llegada la pandemia, la autoridad política y sanitaria ya estaba alerta de la situación que se avecinaba. Con relativa premura, la autoridad pudo liderar y coordinar una serie de medidas y acciones sanitarias, económicas y sociales para tratar de abordar, efectivamente, el muy complicado problema, incluyendo la adopción de medidas de aislamiento, tamizaje, residencias sanitarias gratuitas, intensiva coordinación, integración y fortalecimiento de la red global pública y privada, vigilancia epidemiológica y el desarrollo del plan nacional de vacunación contra la COVID-19 (MINSAL, 2022).

En el año 2023, aún se mantiene la incidencia de casos de COVID-19, pero a un nivel bastante más bajo que el experimentado entre los años 2020 y 2022. Desde marzo de 2022, el país y el sistema de salud comenzaron a reiniciar sus actividades habituales, de un modo más completo. La crisis ocurrida y el abordaje nacional de la pandemia han revelado las deficiencias del sistema de salud y de la gestión económica y social, y también ha dejado una serie de lecciones aprendidas que han de ser debidamente consideradas, para procurar una mejor preparación y capacidad de respuesta a ese tipo de pandemias.

La pandemia

Hasta el inicio de la pandemia en marzo de 2020, Chile mantenía un relativo buen sistema de vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles prevenibles, incluyendo un buen programa nacional de vacunas con alta cobertura. El país tenía una relativa buena experiencia en preparativos y capacidad de respuesta ante periódicos desastres naturales como terremotos, pero no había preparación para enfrentar el desastre epidemiológico y social de la magnitud, contagiosidad y severidad de la pandemia COVID-19. La evolución inicial fue muy incierta y compleja, y afectó, además, seriamente a muchas otras esferas de la vida de la ciudadanía. La inmunidad producida después de la enfermedad misma o por vacunas era incierta respecto a su grado de protección y duración (MINSAL, 2022; Gattini, 2021).

Desde marzo de 2020, cuando se registró el primer caso de COVID-19 en Chile, y hasta finales de diciembre de 2022, la información oficial reportada por el Ministerio de Salud indicaba que en este periodo la epidemia había producido 27,1 casos totales por cada 100 habitantes (incluyendo 90,8% confirmados y 9,2% no confirmados o sospechosos); 2,6 muertes por 1.000 habitantes (incluyendo 81,3% confirmadas y 18,7% sospechosas o no confirmadas) y una letalidad de 1,2 muertes por cada 100 casos (considerando las defunciones y casos totales estimados). No se registraron variaciones sistemáticas de estos indicadores entre regiones, salvo que en la región más austral de Magallanes estos valores fueron más altos que el resto, con 38,4 casos por cada 100 habitantes y 3,6 muertes por 1.000 habitantes (tabla 1). El 4,3% de los casos requirió de hospitalización (MINSAL, 2021a y 2021b).

Tabla 1

Tasas de morbilidad y mortalidad acumulada por COVID-19 en

regiones de Chile, entre marzo de 2020

y diciembre de 2022

Región	Población (miles)	Casos confirmados (miles)	Tasa de letalidad (%)	Casos estimados (miles)	Defunciones (miles)	Tasa de letalidad (%)	Tasa de letalidad por 100 mil habitantes	Tasa de letalidad por 100 mil casos	Tasa de letalidad por 1.000 mil casos
Arica y P.	257,7	76,0	1,4	80,9	31,4	0,7	0,9	2,8	1,1
Tarapacá	396,7	106,5	3,4	120,3	30,3	1,0	1,2	2,6	1,0
Antofagasta	609,6	171,5	5,9	184,3	26,0	1,6	1,9	2,3	1,0
Atacama	318,0	109,6	1,3	112,7	35,4	0,6	0,7	1,8	0,6
Coquimbo	858,8	201,8	0,6	211,8	24,7	1,6	1,9	1,9	0,9
Valparaíso	1.995,5	467,8	5,2	523,2	26,2	5,1	6,3	2,6	1,2
Metropolitana	8.131,0	1.788,5	110,4	2.060,5	24,8	24,2	30,5	2,9	1,5
O'Higgins	909,6	211,1	3,0	229,0	22,7	2,2	2,8	2,2	1,2
Maule	1.153,0	335,1	1,3	347,1	30,1	2,8	3,3	2,4	0,9
Ñuble	517,1	150,8	1,2	162,2	31,4	1,1	1,3	2,1	0,8
Biobío	1.676,3	489,1	4,0	529,0	31,6	4,0	4,7	2,4	0,9
Araucanía	1.024,0	284,4	1,0	296,7	29,0	2,3	2,9	2,2	1,0
Ríos	409,6	142,7	0,3	149,1	36,4	1,1	1,4	2,8	0,9
Lagos	902,5	235,9	1,5	253,7	28,1	2,1	2,5	2,4	1,0
Aisén	108,0	34,7	0,1	36,6	33,9	0,2	0,2	1,7	0,6
Magallanes	166,1	65,9	0,3	69,5	38,4	0,7	0,8	3,6	1,1
País	19.828,6	4.871,6	141,2	5.366,6	27,1	51,4	63,2	2,6	1,2

Nota: Tasa de letalidad según defunciones y casos totales estimados. Fuente

Tabla 2

Distribución por tramo de edad de las defunciones por COVID-19 acumuladas hasta diciembre de 2022

Grupo de edad	Confirmadas		Sospechosas		Total estimado	
	miles	%	miles	%	miles	%
≤ 39 años	1,3	2,6	0,4	3,3	1,7	2,7
40 a 49 años	1,9	3,8	0,5	4,1	2,4	3,9
50 a 59 años	5,1	9,9	1,1	9,5	6,2	9,8
60 a 69 años	9,5	18,5	2,0	16,9	11,5	18,2
70 a 79 años	13,6	26,4	3,0	25,5	16,6	26,2
80 a 89 años	13,8	26,9	3,2	27,2	17,0	26,9
≥ 90 años	6,2	12,0	1,6	13,4	7,8	12,3
Total	51,5	100,0	11,7	100,0	63,2	100,0

Nota: Tasa de letalidad según defunciones y casos totales estimados. Fuente

Dos tercios de las defunciones estimadas que se produjeron hasta finales de diciembre de 2022 se concentraron en los grupos mayores de 70 años (tabla 2). El 41,8 de pacientes que fueron hospitalizados en unidades de cuidados intensivos eran mayores de 70 años (MINSAL, 2021a y 2021b).

Dada la información previa internacional, ya en febrero de 2020 se dictó el decreto de alerta sanitaria y, en marzo, el presidente declaró el estado de excepción, medida que permitió adoptar una serie de medidas sanitarias drásticas y globales que la autoridad política y sanitaria tuvo que asumir, con alto impacto global para la ciudadanía, como el caso de los confinamientos prolongados y la disminución marcada de la movilidad, con fuerte repercusión en la economía y la vida cotidiana (Diario Oficial, 8 de febrero y 18 de marzo de 2020).

En el abordaje a la crisis sanitaria provocada por la pandemia, fue crucial el desempeño del sistema de salud, incluyendo los sectores público y privado, a distintos niveles administrativos y asistenciales que se encuentran distribuidos en el país. La autoridad política y sanitaria tuvo la gran oportunidad y capacidad de liderar una respuesta pública y privada integrada en una sola red de todo el sistema de salud. Cabe destacar que el principal aporte fue hecho por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), la entidad pública que cubre alrededor de 80% de la población a través de centros asistenciales distribuidos en todo el país (MINSAL, 2022; Gattini, 2021).

Se conformaron distintos grupos coordinados a distinto nivel del país y entre diversos sectores del quehacer nacional. Se organizó una efectiva y coordinada red asistencial nacional para afrontar la COVID-19, integrada entre las secretarías ministeriales regionales de salud, los servicios de salud y la red de atención primaria de salud. Se logró crear la Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA). También se creó la red de laboratorios de exámenes de testeo PCR para COVID-19 que llegó a contar con más de 190 laboratorios públicos, privados y universitarios, con más de 140.000 exámenes diarios procesados. Los laboratorios, junto con el Instituto de Salud Pública, permitieron identificar las distintas

variantes del virus que circulaban en Chile (MINSAL, 2022).

Hubo que implementar estrategias para readaptar y descongestionar los hospitales, así como fortalecer traslados terrestres y aéreos de pacientes entre diversas regiones, según necesidad. La estrategia de residencias sanitarias gratuitas se creó para acoger a los casos de COVID-19 que no tenían condiciones para cuidado en su hogar. Los distintos tipos de personal de salud y de otros sectores relacionados, que fueron capacitados y colaboraron con el abordaje a la pandemia, fueron esenciales para abordarla con efectividad y a lo largo de todo el país. El personal estuvo bajo gran recarga y estrés laboral, con alto riesgo de contagio, lo que provocó muchos casos y hasta fallecimientos; hubo frecuentes ausencias de personal que hubo que reemplazar o sobrecargar al personal remanente en agotadora actividad laboral (MINSAL, 2022).

Debido a la prioridad dada a la atención de pacientes complicados con COVID-19 hubo que postergar las cirugías y tratamientos médicos de muchos pacientes con otras enfermedades, provocando un marcado aumento de las listas de espera en los hospitales, con pacientes que se complicaron e incluso murieron en el periodo de espera de hospitalización y tratamiento de especialidad (MINSAL, 2022).

La vigilancia epidemiológica a través del tamizaje de COVID-19 fue intensiva y universal, aplicada a los casos sospechosos y a contactos, así como a las personas de alto riesgo de contagio. Es posible que entre las personas que no requirieron tamizaje, o bien que resultaron negativas, se encontrara una proporción de casos asintomáticos, casos no registrados, o bien personas que tenían inmunidad natural o adquirida durante el periodo. No era posible precisar sobre la desconocida proporción de la población que no había enfermado y que continuaba siendo vulnerable a la COVID-19 (MINSAL, 2021a y 2021b).

De forma permanente, se mantuvo la vigilancia epidemiológica y el abordaje integral ante la COVID-19 aplicado a cada área pequeña y grupo de población, con el monitoreo del cumplimiento de estrategias, planes y acciones coordinadas de todos los actores que en conjunto buscan contribuir a un efectivo abordaje sociosanitario. El nivel primario de atención del SNSS jugó un rol clave en el

abordaje local ante la pandemia. Estuvo activamente integrado en los niveles más complejos de las redes asistenciales de salud y a la gestión sanitaria y gubernamental en que se aplicó un abordaje multisectorial local de los aspectos sanitarios, económicos y sociales relacionados con la COVID-19 (MINSAL, 2022; Gattini, 2021).

Las autoridades tuvieron una oportuna anticipación para negociar y comprar vacunas de distintas marcas y laboratorios, que ya pudieron estar disponibles desde diciembre de 2020, con la implementación del Plan Nacional de Inoculación contra la COVID-19. Ello significó no solo contar con vacunas, sino con una serie de recursos y actividades relacionadas para contratar personal, adaptar los hospitales, adquirir equipamiento, organizar sistemas de transporte, desarrollar sistema de información y monitoreo específico. La población objetivo que se había planeado vacunar era alrededor del 78,0% de la población total. Hasta junio de 2021, se había logrado una cobertura del 78,3% para la primera dosis, del 61,5% para la segunda dosis de refuerzo y del 1,4% para la dosis única (7,13). En abril de 2021, el Ministerio de Salud realizó un estudio de efectividad preventiva al día 14 después de recibir una segunda dosis de CoronaVac, concluyendo que disminuía el 85% los casos sintomáticos, el 85% la hospitalización, el 89% el ingreso a una unidad de ciudades intensivos y el 80% la muerte (MINSAL, 2021).

Tabla 3

Morbilidad y mortalidad acumuladas, letalidad por COVID-19 y cobertura de vacunas respecto a la población objetivo, según nivel de pobreza

en comunas de Chile, entre marzo de 2020 y junio de 2021

Pobreza Rango %	Morbilidad Promedio	Mortalidad 1ª dosis %	Letalidad 2ª dosis %	Morbilidad 1.000 casos	Mortalidad 1.000 casos	Letalidad 100 casos	Cobertura en población objetivo
							1ª dosis %	2ª dosis %	Dosis única %
0,0-4,0	2,1	7,8	1,9	2,6	89,7	71,5	1,6
4,1-8,0	6,0	9,0	2,1	2,3	75,4	59,0	1,4
8,1-12,0	9,9	9,2	1,7	1,9	77,5	60,0	1,0

12,1-16,0	13,9	8,9	1,6	1,9	75,5	59,4	1,8
16,1-20,0	18,0	9,2	1,4	1,6	79,5	63,6	1,9
20,1-24,0	22,3	8,6	1,2	1,5	82,1	65,3	2,3
24,1 y más	19,4	9,0	1,6	1,8	75,7	61,5	3,4
País	10,9	9,0	2,0	2,2	78,3	61,5	1,4

Fuente: Elaborado de acuerdo con información oficial difundida por el Mini

Factores determinantes como la pobreza, la ruralidad o la proporción de adultos mayores a nivel comunal podrían incidir en una mayor morbilidad, mortalidad y letalidad por COVID-19, con menor cobertura de vacunación local. En la comparación preliminar de esos indicadores entre comunas, no reflejó diferencias notorias o sistemáticas en junio de 2021 (Gattini, 2021). La tabla 3 presenta la morbilidad y la mortalidad acumuladas, la letalidad por COVID-19 y la cobertura de vacunas respecto a la población objetivo, según el nivel de pobreza en comunas de Chile, de marzo de 2020 a mediados de junio de 2021. La tabla 4 se refiere a grupos según distinto nivel de ruralidad comunal y la tabla 5 se refiere al distinto nivel comunal según la proporción de adultos mayores (de 65 y más años de edad). La distribución comunal de la COVID-19 y de la cobertura de vacunas permitiría postular, en primera instancia, que el conjunto de medidas adoptadas, efectivamente, logró una cobertura nacional y probablemente ello habría podido evitar que la enfermedad, según el nivel de vulnerabilidad o de riesgo, hubiera producido una mayor inequidad sanitaria (Gattini, 2021).

Tabla 4

Morbilidad y mortalidad acumuladas, letalidad por COVID-19 y cobertura de vacunas respecto a la población objetivo, según nivel de ruralidad en comunas de Chile, entre marzo de 2020 y junio de 2021

Ruralidad	Morbilidad	Mortalidad	Letalidad	Morbilidad*	Mortalidad*	Vacunas en población objetivo		
Rango %	Promedio	1ª dosis %	2ª dosis %	Dosis única %				
0,0-10,0	11,5	8,9	2,0	2,3	77,0	60,4	1,2	
10,1-20,0	13,6	9,2	1,6	1,8	79,2	61,6	1,2	
20,1-30,0	15,5	8,5	1,4	1,7	83,2	65,8	1,4	
30,1-40,0	15,0	8,4	1,5	1,8	79,6	63,0	2,0	
40,1-50,0	14,8	8,6	1,5	1,8	77,3	60,5	2,3	
50,1-60,0	15,4	8,0	1,6	2,1	82,1	65,7	2,1	
60,1-70,0	15,1	9,0	1,5	1,7	81,7	65,8	2,7	
70,1-80,0	14,8	9,1	1,3	1,4	84,4	67,1	2,9	

80,1-90,0	86,9	9,8	1,7	1,7	87,4	70,8	3,5
90,1-100,0	88,7	7,9	1,4	1,8	86,9	69,9	3,5
País	10,9	9,0	2,0	2,2	78,3	61,5	1,4

Fuente: Elaborado de acuerdo con información oficial difundida por el Mini

En ese periodo, solo el 9% de la población había sido registrada oficialmente como caso de COVID-19 y no había claridad sobre el resto de la población. Es posible que hubiera alguna proporción de casos asintomáticos, casos no registrados, o bien personas con relativa inmunidad natural o adquirida ante la enfermedad. La cobertura lograda por la vacuna en las diversas comunas, hasta las más pobres y rurales, refleja un gran esfuerzo preventivo, aunque parcial, de todas las radicales acciones sociosanitarias asumidas.

Tabla 5

Morbilidad y mortalidad acumuladas, letalidad por COVID-19

y cobertura de vacunas respecto a la población objetivo,

según nivel de proporción de adultos mayores* en comunas de Chile, entre marzo de 2020 y junio de 2021

Proporción de 65 y más	Morbilidad*	Mortalidad*	Letalidad*	Morbilidad*	Mortalidad*	Vacunas*		
Rango %	Promedio	1ª dosis %	2ª dosis %	1ª dosis %	2ª dosis %	Dosis única %		
0,0-4,0	3,3	9,0	1,5	1,7	57,1	42,1	0,5	
4,1-8,0	6,5	9,0	1,8	2,0	68,3	52,3	1,3	
8,1-12,0	9,9	9,0	1,8	2,0	80,7	63,9	1,5	
12,1-16,0	13,7	8,4	2,3	2,8	85,6	68,0	1,5	
16,1-20,0	16,8	7,1	2,2	3,2	118,2	94,2	2,1	
País	10,9	9,0	2,0	2,2	78,3	61,5	1,4	

Nota: * Personas de 65 años y más de edad. Fuente: Elaborado de acuerdo c

También destaca el fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia y monitoreo. La imprevista aparición de esta pandemia obligó a generar nuevos componentes de los sistemas de información, vigilancia y monitoreo, para conocer aspectos que no eran cubiertos por los sistemas previos, como es el caso de la información sobre testeos, trazabilidad, exámenes, muertes sospechosas, uso de camas especiales, respiradores y las nuevas vacunas (MINSAL, 2022).

Las cuadrillas sanitarias contribuyeron a la promoción y comunicación sobre el riesgo; jóvenes vinculados a la salud y a áreas sociales, y capacitados por el Ministerio de Salud, se distribuyeron por todo el país. En los medios de comunicación, aunque no siempre hubo un rol adecuado de apoyo a la autoridad, se realizó un esfuerzo permanente en la promoción y educación sobre las medidas de autocuidado (MINSAL, 2022).

Problemas pendientes de solución

Luego de que se pudo volver a una relativa función rutinaria del sistema de salud desde marzo de 2022, volvieron a revelarse las limitaciones tradicionales del recurso y desempeño del sistema de salud, como la fragmentación de sus redes, la diferencia pública y privada con modalidad de cuasi mercado, el déficit crónico de recursos, las limitaciones del desempeño y de un acceso apropiado de la población al oportuno nivel de capacidad resolutiva, con inequidad asistencial y sanitaria.

La experiencia y el desarrollo normativo que se generó para abordar efectivamente la pandemia, con las medidas y acciones realizadas, requieren ser incorporadas formalmente en un programa permanente de preparativos y capacidad de respuesta efectiva a emergencias sanitarias como la sufrida en la pandemia de COVID-19, de cobertura no solo del sistema de salud, sino también intersectorial.

El fortalecimiento del rol del sistema de salud requiere enfatizar la función local del nivel primario de atención y una red asistencial coordinada. Se requiere resaltar el abordaje local de la pandemia, liderado por los gerentes relacionados con la atención primaria de salud y proyectados en el quehacer comunitario.

Es necesario que se mantenga el liderazgo y rol coordinador del Ministerio de Salud, tanto a nivel sanitario como en todos los sectores económicos y sociales relacionados con el abordaje efectivo. También queda pendiente asegurar que todos los responsables del sistema de salud mantengan conocimiento y cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional y de las orientaciones y vigilancia epidemiológica de entidades como la Organización Mundial de la Salud.

En lo social, destaca que la población cumplió en alto grado las perentorias medidas gubernamentales durante las etapas más

críticas de la pandemia, pero luego de atenuarse, esas medidas fueron bastante relajadas por parte de la población. Queda pendiente asegurar que en la cultura nacional se inserte de un modo más permanente, la predisposición a estar preparado para, en caso necesario, volver a asumir complejas medidas sociales y económicas, como el aislamiento y el confinamiento de la población.

También queda pendiente poder mantener y fortalecer la cultura de la población sobre el resguardo de la salud, el autocuidado y la prevención respecto a una reactivación de la COVID-19, o bien una pandemia similar. La actuación de los medios de comunicación y redes sociales sigue siendo esencial, pero aún es necesario que su papel se fortalezca. Cabe resguardar y educar sobre el adecuado rol de periodistas y medios de comunicación para que contribuyan efectivamente a informar y educar sobre el tema. Cabe evitar que su información pueda ser sesgada por distintos motivos, hasta políticos contra la autoridad y entrabada por hacer eco de la muy heterogénea y masiva participación de las redes sociales.

Escenarios pospandemia

Para abordar la pandemia, no solo el sistema de salud recibió un importante recurso económico, físico y de personal, sino que también se realizó un gran aporte a otros sectores y en subsidios a la población más vulnerable. Los recursos adicionales temporales con los que se contribuyó en los momentos críticos de la pandemia tienden a ser considerados como un avance permanente del sistema, y el término de esos beneficios ha provocado hasta huelgas del personal de salud, solicitando que esos aportes se contemplen de forma permanente (aunque acabe el requerimiento de la pandemia).

El Gobierno dispone del 1% del presupuesto nacional para libre disposición, usado de preferencia para apoyar emergencias de tipo catástrofe natural, como terremotos o crisis económicas. Fondos originados desde otras fuentes requieren ser aprobados como leyes específicas, como efectivamente ocurrió en el abordaje de la pandemia COVID-19. El SNSS tampoco tiene un ítem relevante de imprevistos en su presupuesto, para financiar cualquier emergencia en vez de recurrir a leyes especiales, por lo cual parece ser imprescindible que el SNSS tenga un adecuado presupuesto específico para adecuada respuesta a emergencias y catástrofes. Cabe destacar que, debido a la crisis económica relacionada con la pandemia y a la crisis política del país, el Estado ha agotado bastante sus reservas económicas, acentuado además por una serie de programas sociales nuevos que son financiados por fondos fiscales.

Chile ya tuvo un proceso activo de privatización y la estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno están determinados por una reforma neoliberal global aplicada a la economía, a la política y al Estado hace más de cuatro décadas. El sistema privado de seguros de salud (sin sistema de reparto o seguridad social) está en aguda crisis legal y financiera y, a diferencia de otros países, se está discutiendo a nivel de gobierno y parlamento si es que la

población que está bajo los seguros privados podría ser traspasada al seguro público del Fondo Nacional de Salud (FONASA). A su vez, FONASA cumple adecuadamente con los criterios de un seguro social de salud, pero enfrenta notorios y no resueltos problemas de desfinanciamiento, que requieren de una reforma para mayor sustentabilidad. A su vez, el SNSS, cuya fuente esencial de financiamiento es FONASA, requiere ser reformado de un modo que asegure su calidad, efectividad y sustentabilidad.

La pandemia surgió justo cuando Chile se encontraba en una inesperada seria crisis política, pocos meses después de una violenta reacción de una parte de la ciudadanía, llamada estallido social, que pretendía cambios radicales a través de una nueva constitución. Desde marzo de 2022, los líderes de ese estallido ocupan el Gobierno actual y en su programa 2022-2026 formulan una reforma hacia un sistema universal de salud de componente esencialmente estatal. Las futuras medidas o estrategias para mejorar la preparación y capacidad de respuesta a pandemias, como la de COVID-19, van a estar insertas en lo propuesto en la reforma gubernamental global sobre el sistema de salud (Gobierno de Chile, 2022).

Necesidad de refuerzo de la sanidad pública

Entre los desafíos de acción que se requiere seguir realizando o mejorando para procurar la mayor efectividad posible, destacan el adecuar y fortalecer del mejor modo posible la capacidad de preparativos y respuesta nacional a emergencias y catástrofes sanitarias; la vigilancia epidemiológica sanitaria y social de la epidemia por COVID-19; el abordaje sociosanitario del sistema de salud y otros sectores; el monitoreo de las estrategias y acciones del sistema de salud; el liderazgo, rectoría y coordinación de la autoridad sanitaria y política; y la gestión de la información y la comunicación.

Es necesario procurar mecanismos normativos adecuados para asegurar un financiamiento más suficiente y oportuno, de modo que se prevengan y se cierren brechas financieras (dentro de lo posible y paulatino, informando de manera transparente a la ciudadanía). Ello incluye monitorear la existencia, causas y consecuencias del déficit en el financiamiento programado en cada servicio de salud, municipio y establecimiento de nivel primario, así como de las emergencias o crisis asistenciales que impliquen un mayor gasto.

Las limitaciones financieras de larga duración en el SNSS repercuten en la disponibilidad y distribución de recursos humanos insuficientes y mal planificados, con salarios limitados, plantas de personal restringidas, falta de personal calificado (que tiende a emigrar al sector privado), cobertura y calidad de atención a distintos niveles, insuficiente tecnología asistencial y limitada capacidad de gestión y desempeño.

La limitación de los recursos humanos, tecnológicos y financieros en el SNSS condiciona la posibilidad de un desempeño y respuesta más coherente, oportuna y efectiva a las necesidades y demanda asistencial de la población. Más allá de la atención provista en el nivel primario y de urgencias, ello se refleja por las inadecuadas y largas listas de espera y el envío de pacientes a la atención privada

(más notorio bajo el Programa AUGE, Acceso Universal de Garantías Explícitas), lo que impide dotar a los centros del SNNS del recurso que necesita y, además, contribuye a un mayor desfinanciamiento del sistema.

Los distintos centros asistenciales del SNSS tienen un listado o canasta de medicamentos que deben estar disponibles para entregar a los pacientes, según necesidad. Pero muchas veces los pacientes tienen que comprar los medicamentos recetados. En el nivel primario de atención, muchos pacientes están en lista de espera de atención de especialistas y por su severidad requieren de medicamentos que no están en el listado del nivel primario. Además, en el caso chileno, se tiende a producir una colusión entre las cadenas de farmacias privadas, donde los precios de medicamentos son muy superiores a su costo en otros países, lo que implica un muy alto gasto para el bolsillo. Se requiere desarrollar una clara política farmacéutica que permita contar con los medicamentos necesarios en el SNSS y, en caso de compra extra por parte de los pacientes, que el costo privado de ellos sea de un nivel adecuado.

En los desafíos del nivel primario del SNSS, que además realiza la estrategia de atención primaria de salud local, se requiere adecuar y fortalecer aún más su capacidad resolutiva; la necesidad de una más dinámica integración horizontal y vertical de la red asistencial de los servicios de salud (incluyendo el sistema de referencia de morbilidad); la promoción y prevención tanto individual como colectiva; la participación efectiva de la comunidad; el trabajo intersectorial; y el uso efectivo de los sistemas de información, monitoreo y evaluación. Como se comprobó activamente durante la pandemia, el nivel primario requiere estar en activo contacto con la comunidad y responder directamente a los problemas locales de salud, con foco en la familia y la comunidad, así como en el trabajo intersectorial.

La disponibilidad suficiente de recursos humanos, físicos y financieros del nivel primario es esencial para asegurar su debido desempeño. Cuando el recurso del nivel primario local es con frecuencia sobrepasado por el requerimiento de las necesidades asistenciales, entonces se tiende a priorizar la acción curativa y la

urgencia, y a centrar el trabajo al interior de los establecimientos, en desmedro del trabajo activo con la comunidad y otros sectores.

Cada localidad presenta particulares condiciones sanitarias y capacidad de respuesta local multisectorial a condiciones como las ocurridas en la epidemia. La acción del nivel local es indispensable, incluyendo a los equipos asistenciales de salud (nivel primario del sistema público, hospitales locales y municipios), como los municipios y distintas entidades y sectores sociales y otros de cada localidad.

La pandemia aumentó las ya prologadas listas de espera a especialidades y hospitales del SNNS; este problema ya existía desde antes, pero fue acrecentado aún más por la pandemia. No hay recurso financiero o de personal asistencial para resolver ese problema, y las medidas adoptadas son solo parciales, como aumentar las jornadas de trabajo de médicos especialistas y de otro personal e incrementar la productividad hospitalaria. Se requiere elevar la cantidad de hospitales, pero ello requiere de cuantiosas inversiones y de años invertidos hasta su concreción, especialmente en hospitales de niveles más complejos.

Es esencial que se pueda fortalecer y coordinar al máximo la acción de una efectiva y constructiva red integrada de información sobre la pandemia de COVID-19 a todo el país. Ello involucra a las entidades gubernamentales, no gubernamentales, diversos sectores productivos y económicos, la sociedad civil y la ciudadanía en su conjunto.

Se requiere conocer y monitorear con el mayor nivel posible de desagregación, para abordar oportunamente una reactivación de la COVID-19 o la emergencia de otra pandemia similar, según el Reglamento Sanitario Internacional. Es preciso actuar en una red global integrada y a su vez coherente y adaptable a las particulares necesidades de cada localidad. El rol de los servicios de salud y secretarías ministeriales regionales de salud es esencial.

Las residencias de adultos mayores son entidades privadas muy heterogéneas en calidad, dependiendo de la capacidad de pago de sus residentes. Es importante acreditar y monitorear su calidad, con énfasis de vulnerabilidad y resguardo sanitario, en caso de que surja

una nueva pandemia.

A su vez, cabe considerar que una eventual mejora del sistema global de salud (vía fortalecimiento o reformas efectivas) depende estrechamente de la factibilidad de que ello pueda producirse en el macrocontexto del sistema político, económico, social y cultural predominante en Chile, pues el sistema de salud es abierto y dependiente de esos factores macrodeterminantes del contexto nacional.

Bibliografía

Diario Oficial

(2020a): “Decreto N °4: decreta Alerta Sanitaria por el periodo que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud”, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Chile, 8 de febrero.

— (2020b): “Declara estado de excepción constitucional de catástrofe, por calamidad pública”, Subsecretaría del Interior, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Chile, 18 de marzo.

Gattini,

C. (2019a): “Panorama y desafíos del sistema de salud de Chile (Resumen)”, Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP). Disponible en: https://bitly.ws/TA7G.

— (2019b): “Atención primaria de salud en Chile y contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos”, Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP). Disponible en: https://bitly.ws/TA7V.

—

(2021): “Crisis sanitaria por COVID-19 en Chile y desafíos para un abordaje integral”, Observatorio Chileno de Salud Pública

(OCHISAP), julio.

Gobierno de Chile

(2022): “Programa de Gobierno Apruebo Dignidad”, Disponible en: https://bitly.ws/TAcL.

MINSAL

(2022a): “COVID-19 en Chile. Pandemia 2020-2022”, Ministerio de Salud, marzo. Disponible en: https://bitly.ws/TA8m.

—

(2022b): “Informe Epidemiológico Nº 218. Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19)”, Departamento de Epidemiología MINSAL, Chile, 26 de diciembre. Disponible en: https://bitly.ws/TAaE.

— (2022c): “Reporte Diario”, 31 de diciembre. Disponible en: https://bitly.ws/TAb5.

— (2021d): “Informe Epidemiológico Nº 218. Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19)”, Departamento de Epidemiología MINSAL, Chile, 20 de junio.

— (2021e): “Reporte Diario”, 20 de junio.

— (2021f): “Efectividad de la vacuna CoronaVac con virus inactivo contra SARS-CoV-2”, Chile, 16 de abril.

Ministerio de Salud

(2021): “Informe del diseño, planificación y desarrollo de campaña de vacunación COVID-19 2021”, Departamento de Inmunizaciones, División Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Chile, 5 de julio. Disponible en: https://bitly.ws/U4Hb.

PNUD Chile

(2022): “Índice de Desarrollo Humano 2022: Chile mantiene primer lugar en la región, con desafíos persistentes en reducción de

desigualdades”, septiembre. Disponible en: https://bitly.ws/TA7e.

The World Bank

(2022): “GDP per capita Chile (Current US$)”. Disponible en: https://bitly.ws/TA6y.

United Nations

(2022): “Life Expectancy at birth”, UN Data Portal. Disponible en: https://bitly.ws/TA7t.

Capítulo 5

Atención a la pandemia de COVID-19 en la Ciudad de México

Olivia López Arellano,

Victoria Ixshel Delgado Campos y Silvana Forti

El contexto

México, como toda la región latinoamericana, desde hace al menos cuatro décadas, sufrió la implementación de modelos de reformas en diferentes sectores, de los cuales el de la salud fue uno de los más afectados. Las reformas de salud de las últimas décadas del siglo pasado se dieron en el marco de procesos de transnacionalización de la salud, configurados en contextos de globalización[1] y nuevos modelos de acumulación de capital, donde se observan cambios en la noción de los derechos sociales (Featherstone, 1990).

Otro aspecto a tomar en cuenta en el análisis de este periodo es la afectación que tuvo la centralidad del rol que tiene el Estado en la organización de los procesos de valorización de políticas y construcción de una cierta selectividad estratégica en las instituciones estatales, que permite materializar el privilegio de ciertos intereses en detrimento de otros. Sin embargo, consideramos que la forma de gestión de las contradicciones de las relaciones sociales no está dada a priori, es decir, esta es resultado de una lucha por la hegemonía (Giddens, 1990).

La construcción de dicho proyecto es tarea también de los intelectuales orgánicos, quienes otorgan coherencia a la articulación de los diferentes espacios sociales. Como señala Gramsci, la hegemonía no tiene un contenido estrictamente económico-corporativo, ella rebasa los marcos de intereses económicos y, en sentido estricto, es un proyecto ético-político y, si bien, la naturaleza del proyecto hegemónico[2] no es directamente económica, su relación con las fuerzas económicas constituye uno de sus fundamentos.

Los procesos de globalización de un modelo de salud se desarrollan en un vasto e intenso campo de conflictos entre grupos sociales, Estados e intereses hegemónicos y grupos sociales, Estados e intereses subalternos (De Sousa Santos, 2005). Es decir, son procesos marcados por conflictos y asimetrías de poder que están

lejos de ser dinámicas de integración global, basadas en condiciones de igualdad y respetuosas de las trayectorias locales.

Con la crisis del estado keynesiano de bienestar y el surgimiento de nuevos modelos de Estado con las propuestas del “Estado de competición” (Cerny, 1997), y el “Estado shumpeteriano de workfare” (Jessop, 2002), entre otros, nos indican el cambio fundamental en la relación triangular Estado-mercado-sociedad civil, constatándose transformaciones en la nueva manera de asumir la seguridad social, entendida ahora no como desmercantilización (Esping-Andersen, 1990), sino como provisión de medios para desenvolverse en el mercado de trabajo. En este sentido, emerge la noción de derechos sociales individualizados, los cuales aparecen sometidos a criterios de eficiencia en un sistema remercantilizador.

Jessop (2002) plantea que estas nuevas formas de Estado tienen como objetivo promover las condiciones económicas y extraeconómicas apropiadas para el régimen de acumulación posfordista, que busca el crecimiento dentro de sus fronteras, así como asegurar las ventajas competitivas para su capital incluso cuando opera en el exterior, lo que promueve las condiciones para el éxito en la competición con actores y espacios económicos situados en otros Estados. Es de workfare (welfare-to-work, bienestar en el trabajo), en cuanto a que subordina las políticas sociales a las demandas de las políticas económicas. Utiliza la política social para enlazar la flexibilidad de los mercados de trabajo con trabajadores flexibles ajustados a una economía globalizada. Y, mientras el Estado de bienestar keynesiano trataba de extender los derechos sociales de los ciudadanos, el régimen de workfare reduce el gasto social con respecto a aquellos que no son activos en el mercado de trabajo (Jessop, 2002). Estas transformaciones implican un proceso de debilitamiento de los derechos sociales, ya que se observa una mercantilización de estos, y dicho proceso se expresa en los planos financiero, jurídico-social e institucional (López y Blanco, 1993).

En el caso de América Latina, en general, y México, en particular, los regímenes de bienestar estaban muy lejos de los sistemas de bienestar europeos; los cambios que se introdujeron fueron con mayor intensidad (De Sousa Santos, op. cit.) y se impusieron de

manera homogénea a toda la región. Las medidas introducidas fueron transformadas, por las agencias de financiamiento multilateral, en condiciones de renegociación de la deuda externa y se implementaron en los diferentes sectores: educación, salud, laboral, entre otros.

En el ámbito financiero, estas medidas se caracterizaron por: a) liberalización de los precios, b) tendencia a la desregulación de los principales mercados —incluido el mercado laboral y el de capital—, c) eliminación de subsidios, d) búsqueda del equilibrio fiscal, e) eliminación de barreras no arancelarias, f) reducción de los aranceles aduaneros y g) privatización de empresas y servicios públicos (Ramos, 1997).

Estas reformas de corte neoliberal, en el campo sanitario, consistieron en la introducción de controles directos al sistema de salud, introducción de mecanismos de participación en el costo de tratamientos y especialmente en los medicamentos, la promoción de la autonomía hospitalaria y los pagos ligados al desempeño y la productividad (Rosemberg, 2000). Todo ello tratando de incorporar elementos de mercado y criterios de competencia en la gestión para la mejora de la eficiencia.

En el plano jurídico-social, se manifiesta en un endurecimiento de las condiciones de acceso al ejercicio de determinados derechos sociales: se introdujo el criterio de equivalencia entre contribuciones y beneficios en la administración de la seguridad social, se estableció una canasta básica de servicios, se produjo un incremento de los sistemas de seguros complementarios de carácter privado y una variedad de seguros como los seguros sociales de salud, seguros básicos, seguros adicionales o seguros de enfermedades catastróficas (Rosemberg, op. cit.), lo que ocasionó una segmentación en las condiciones de ciudadanía y un debilitamiento los derechos sociales.

Por último, en el ámbito institucional, el intervencionismo estatal en la política social se sustituyó por el principio de subsidiariedad y esto implica que los Estados están siendo relevados por los gobiernos territoriales, el mercado y la sociedad civil, reduciendo así su papel a la financiación de la protección social y a la regulación (Calderón, 2004). En este marco se introdujo el formato

de separación de funciones donde se propugna que el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios se separen buscando la eficiencia y se promovió la implementación del modelo de New Management Public en la gestión y un aumento de énfasis en la calidad de los servicios, pero enfocada en la satisfacción del consumidor.

La política social tuvo reducciones en sus transferencias eliminando la universalidad y transformándose en medidas compensatorias dirigidas a estratos sociales vulnerabilizados por la actuación del mercado. De esta manera, la nueva política social se centró en tres estrategias: focalización, descentralización y privatización. Estas tres estrategias sirvieron de marco a los nuevos modelos de salud de América Latina, por orientación del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial (BM): a) focalización a través de subsidios a la población pobre, b) descentralización de los procesos administrativos y financieros en salud y educación, y c) privatización de los servicios sociales (Currea-Lugo, 2006).

Desde esta perspectiva, consideramos que emerge como central el problema de la equidad, pero no como fin en sí mismo, sino insertado en un contexto más amplio de búsqueda de justicia social donde la disputa por el poder pasa a constituir una variable central (Spinelli, 2002). Esta consideración es ineludible porque la equidad en el campo de la salud tiene que ver con los determinantes sociales, económicos y políticos ajenos al sector sanitario que afectan profundamente al estado de salud de la población y su distribución (Evans, 2002).

Las reformas de salud en México: la estrategia hegemónica global y sus resultados locales

La literatura coincide en identificar al Banco Mundial como líder y promotor de la reforma de salud, sin embargo, aunque escasos, hay trabajos como el de Lee (2002) que muestran que, en realidad, se trató de una red en la escala global integrada por: agencias internacionales (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud), agencias multilaterales de financiamiento (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo) y agencias de cooperación técnica para el desarrollo, (como la United States Agency for International Development y la United Kingdom Department for International Development); con el apoyo, asimismo, de instituciones académicas y consultoras internacionales, y actores locales (Instituto Nacional de Salud Pública y Funsalud, para el caso de México), jugando estos últimos el rol de intelectuales orgánicos o de think tank.

Esta red global, desde nuestra perspectiva, considerada como un bloque histórico (Portelli, 1987), que representaba una coalición de fuerzas sociales jerarquizadas y buscaba expresarse en el terreno estatal, promovió el proyecto hegemónico de reformas neoliberales, extendiendo así la dirección de la economía al campo de la salud mediante cambios en diversos ámbitos: en el discurso y, por ende, en la significación de diferentes categorías del campo de la salud; en las instituciones y organización de los servicios y en el sentido común, utilizando instrumentos técnicos y condicionamientos financieros (López y Blanco, 2007; Forti, 2010).

En el caso de México, los efectos más sobresalientes producidos por el proyecto hegemónico reformador son los siguientes:

La reconfiguración del sector salud para convertirlo en un espacio estratégico de rentabilidad financiera a través de la introducción de

mecanismos de mercantilización de la salud y privatizando lo público rentable e impulsando mercados de servicios (Laurell y López, 2002).

Una perspectiva de salud distanciada de la noción de derechos y reducida a aspectos técnicos, vinculada a los servicios de salud en los que prima un modelo curativo —dejando de lado la promoción de salud y prevención de enfermedades, siendo que ambas inciden en los determinantes de salud (Forti, op. cit)—.

La desregularización de la seguridad social que facilitó una mayor privatización en la producción y prestación de servicios, así como una transnacionalización del sector salud con la entrada de compañías multinacionales de seguros que operan en el país, lo que provocó problemas de selección adversa, entre otros.

La sustitución de sistemas de reparto en las pensiones por unas cuentas individuales en el sector de la seguridad social (Uribe et al., 2013).

Un proceso de conversión de la salud como un bien público a un bien privado, a través de una política de despolitización de la salud eludiendo el debate público y la participación social en el proceso político de la reforma, e introduciendo un cambio en el sentido común que se tradujo en una retórica ideológica que naturaliza al modelo de las reformas privatizadoras como el único posible frente a la crisis (Forti, op. cit).

La reducción de la atención primaria a la salud a un conjunto mínimo de intervenciones conocido como paquetes esenciales de servicios de salud o Seguro Popular, caracterizados por su baja resolutividad y déficit de calidad en la atención y focalizados en los pobres, estratificando así la salud según capacidad de pago (Laurell, 2012b), lo que daría una democracia con una ciudadanía de baja densidad (Fleury, 2004).

Un aumento en las condiciones para la corrupción, que exhibe la debilidad de las autoridades reguladoras y el clientelismo en la escala local (Lavielle, 2012; Funsalud, 2006).

Incremento en la segmentación y fragmentación de los sistemas de

salud, lo que ocasionó una mayor inequidad en el acceso a los servicios, sobre todo en las poblaciones indígenas, quienes presentan los indicadores más bajos de resultados de salud y de servicios y coberturas, y en poblaciones más pobres cuando enfrentan enfermedades catastróficas (Laurell, 2005) y, por esto, un aumento en la exclusión de salud.

El abandono del principio de universalidad en la política de salud por la focalización en los más pobres, así como el cambio del modelo de financiamiento del subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, el cual implicó, entre otros: un aumento de la carga asistencial por médico y por unidad de tiempo; sobrefacturación para recibir más recursos; aumento del gasto de bolsillo y una selección adversa de pacientes. Se trata, por tanto, de una democracia sin mecanismos de promoción de la igualdad y de la cohesión social (Fleury, 2004).

Si bien en la Ciudad de México, desde 2001 —siendo secretaria de Salud Cristina Laurell—, a contracorriente de la reforma sectorial, se estableció el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, se impulsaron acciones para fortalecer la atención ambulatoria y las acciones de salud pública y se rechazó el seguro popular de salud, en 2006, este se impuso en la operación de los servicios (López y Blanco, 2008).

Décadas de desfinanciamiento del sistema de salud, el desinterés sistemático por la atención primaria a la salud y el predominio de un modelo hospitalario con trabajadores precarizados se sumaron al empobrecimiento y mal estado de salud de la población.

Con el cambio de gobierno y tratando de proponer alternativas a los modelos de salud neoliberales, en julio de 2019, el Gobierno de Lopez Obrador presentó —en la sesión de la Comisión Permanente del Congreso de la Unión— la iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, en materia de acceso a los servicios de salud y medicamentos asociados para las personas que no poseen seguridad social. La iniciativa tiene como propósito “la

adecuación al marco normativo vigente a fin de crear un sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos asociados para la población que carece de seguridad social", así como "la existencia del organismo descentralizado, Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), sectorizado a la Secretaría de Salud, el cual se conformará con los recursos humanos, financieros y materiales que actualmente se destinan a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud" (CNPSS). Esta iniciativa fue aprobada (DOF, 2019) y, frente a la pandemia de COVID-19, el recién creado INSABI dirigió sus esfuerzos a darle respuesta. Durante el 2022 se suma al proceso de transformación del sistema público de salud el IMSS-Bienestar, con el propósito de integrar la atención médica, ambulatoria y hospitalaria para población sin seguridad social laboral en todo el país (DOF, 2022a).

La Ciudad de México

La zona metropolitana de la Ciudad de México, con 22 millones de habitantes, integración económica intensa y predominio de actividades comerciales y de servicios, se consideró desde un inicio un territorio propicio para la concentración de casos, la presentación de una elevada tasa de contagios y de una importante demanda de atención hospitalaria.

El carácter megalopolitano de la Ciudad de México está marcado por la articulación de tres procesos que configuran la complejidad de la ciudad: la expansión de un núcleo central hacia la periferia, la incorporación de poblados periféricos y municipios completos que dan origen al proceso de conurbación y la conformación de la megalópolis con la inclusión de entidades federativas del centro del país.

Esta dinámica imprime una historia de concentración y heterogeneidad en la zona metropolitana de la Ciudad de México, que concentra el 50% de los empleos en actividades industriales y el 40% de los empleos en dependencias federales. La actividad económica que se desarrolla en la ciudad genera el 21% del producto interno bruto y, considerando la zona metropolitana, concentra el 20% de la población total del país con marcados contrastes socioterritoriales entre el núcleo urbano central y las periferias.

Esta urbanización desigual se profundiza durante el periodo neoliberal que impulsa la especulación del suelo urbano y la expansión inmobiliaria. Se acelera la expulsión de la población en situación de pobreza hacia la periferia desde la ciudad, que presenta un poblamiento masivo, con la conformación de nodos periurbanos concentrados, con trabajo y servicios precarios y graves problemas de movilidad para la población que los habita; mientras se reducen aceleradamente las actividades agrícolas y se incrementa la depredación ambiental (López et al., 2013).

En 2018, el resultado de las elecciones nacionales y locales permitió el ascenso de gobiernos progresistas en el país y en la ciudad. El gobierno de la Ciudad de México propone una agenda social y coloca como prioridad la garantía de los derechos humanos y el fortalecimiento e innovación de las instituciones públicas (Gobierno de la Ciudad de México, 2019).

El sistema de salud en la ciudad de México

Desde el 2019 se impulsa el modelo “Salud en tu vida”, como elemento rector de la política sanitaria en la ciudad. Se reorienta la prestación de servicios con base en la atención primaria a la salud y la Secretaría de Salud local (SEDESA) inicia su transformación institucional con acciones urgentes frente a diversos problemas, como la corrupción, la baja inversión, el corporativismo, el déficit de infraestructura sanitaria, las plantillas laborales incompletas o distorsionadas y condiciones precarias de trabajo para el personal de salud que impactan directamente en la disponibilidad, acceso y calidad de los servicios públicos de atención médica y sanitaria. En este contexto de atención a lo urgente e inicio del cambio, se promueven acciones de salud en los territorios, considerando a las personas como sujetos de transformación de sus propios entornos y condiciones de salud; se reactivan los comités de salud en las unidades médicas y, de manera muy importante, se trabaja en la implementación de la primera Red Integral e Integrada de Salud (RIIS) en la zona oriente de la ciudad, que fortalece los servicios ambulatorios y hospitalarios de la zona.

Entre las funciones principales de la SEDESA se encuentran la coordinación con instituciones nacionales de salud y de otras entidades; la rectoría del sector salud en la ciudad, la seguridad sanitaria, la atención prehospitalaria, la vigilancia epidemiológica y la promoción de la salud. Dichas funciones se despliegan en el territorio para garantizar el derecho a la salud a una población de responsabilidad de 9,2 millones, mientras que cuatro millones de personas sin seguridad social laboral son responsabilidad directa para el otorgamiento de atención médica ambulatoria y hospitalaria. Para la atención médica directa, en 2020, la SEDESA tenía 406 unidades; 374 en el nivel ambulatorio y 32 en el segundo nivel, y desplegaba acciones a través de programas orientados a garantizar el derecho a la salud, con promoción de la salud y participación social y brigadas de salud en colonias y barrios, así

como atención médica, medicamentos e insumos gratuitos en todas sus unidades, tanto ambulatorias como hospitalarias.

Figura 1

Infraestructura de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México en 2020

Nivel ambulatorio

206 centros de salud

18 clínicas especializadas

71 unidades de medicina legal en agencias del Ministerio Público

10 caravanas de la salud

16 unidades móviles de salud para la detección oportuna de enfermedades (medibuses)

31 UNEMES CAPA

7 UNEMES E. C.

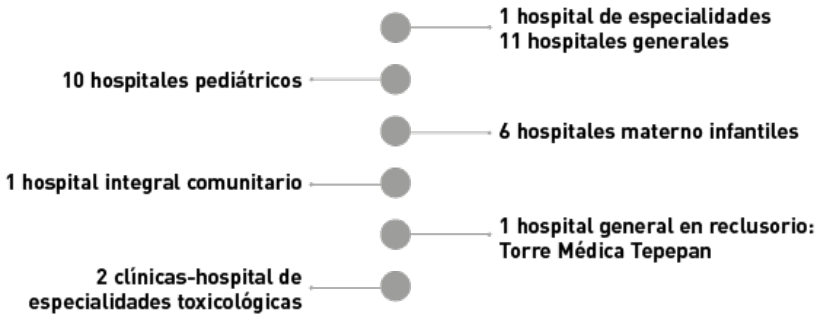
1 UNEMES CAPACITS

5 comunidades para adolescentes en conflicto con la ley

7 unidades médicas de reclusorios

2 unidades de atención a población en situación de calle

Nivel hospitalario



La SEDESA, a través de los servicios de salud pública, cuenta con programas de promoción, prevención y atención a los principales problemas de salud en la ciudad. Entre ellos destacan: la prevención y atención a enfermedades crónicas no transmisibles, la atención a la salud sexual y reproductiva, el acompañamiento psicológico y atención a personas víctimas de violencias; a través de clínicas especializadas, tamiza, diagnostica y da atención y tratamiento gratuito para enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; los servicios de salud pública tienen presencia en escuelas, barrios y colonias para fomentar entornos saludables, realizar actividades de vacunación universal y vigilancia de las principales enfermedades de seguimiento e interés epidemiológico. En el nivel hospitalario, además de la atención de urgencias y hospitalización, se realizan acciones orientadas a promover la voluntad anticipada y los cuidados paliativos para personas con enfermedades crónicas y terminales. Se dispone de servicio de partería, que articula vigilancia y seguimiento, en el nivel ambulatorio, y parto respetado, en hospitales de la red. Asimismo, la atención prehospitalaria se articula a través del Centro de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la Ciudad de México (C5), que facilita la operación sectorial y centralizada del despacho de ambulancias a toda la ciudad y la regulación a través del Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM).

Las actividades de fomento y regulación sanitaria son implementadas a través de la Agencia de Protección Sanitaria de la Ciudad de México (AGEPSA), organismo sectorizado a la SEDESA. La AGEPSA tiene la atribución de la regulación, control, fomento y

vigilancia de actividades, condiciones, sitios, servicios, productos y personas que pueden representar un daño o perjuicio a la salud; de ahí que oriente sus acciones al fomento sanitario y a la prevención de riesgos; además, forma parte del sistema federal sanitario que coordina la Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

Durante 2019, se atendió a 8.135.000 ciudadanos, lo que representa que cada día se otorgaron 2.479 consultas, se atendieron 1.818 urgencias, 311 egresos hospitalarios, 174 intervenciones quirúrgicas, 90 nacimientos, 16.490 estudios de laboratorio, 1.873 estudios de gabinete y 84 detecciones o acciones de prevención. Todo lo anterior, con una fuerza de trabajo de 22.322 trabajadores de rama médica y paramédica (SEDESA, 2019).

Con esta capacidad instalada y con los cambios implementados desde el 2019 para fortalecer la institución y su capacidad de respuesta territorial e intramuros para atender las necesidades de la población, inicia el 2020 con la alerta epidemiológica mundial por neumonía atípica y la ciudad se prepara para enfrentar lo que rápidamente se convirtió en la pandemia de COVID-19. De tal manera que las acciones regulares de la SEDESA y servicios de salud pública, como la vigilancia epidemiológica, fomento y verificación sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención ambulatoria y hospitalaria, seguimiento de padecimientos y tratamiento de enfermedades, se ajustan para contender con la emergencia sanitaria y se despliegan acciones específicas.

Las actividades regulares de la SEDESA disminuyeron en 2020 y 2021 y se desplegaron múltiples acciones para lidiar con la pandemia de COVID-19, y se reorientaron recursos de todo tipo para velar con prontitud y oportunidad las necesidades emergentes de atención para las personas contagiadas con el virus SARS-CoV-2.

La respuesta sanitaria frente a la pandemia de COVID-19

En diciembre de 2019 se reporta en Wuhan, provincia de China, una enfermedad de origen desconocido que produce cuadros de neumonía severa.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en México, tanto en términos de número de casos y muertes como de efectos económicos y sociales. La vulnerabilidad del país frente a la pandemia se puede atribuir a un conjunto de situaciones, resultado de desigualdades estructurales, pobrezas e inequidades en el acceso a bienes, servicios y beneficios sociales (Shamah-Levy et al., 2021). Un porcentaje significativo de la población nacional vive en áreas urbanas superpobladas, con empleos y servicios precarios lo que dificulta el aislamiento y aceleró la propagación del virus, a lo que se sumó la debilidad y fragmentación del sistema público de salud, afectado en su capacidad de respuesta por la reestructuración neoliberal de las últimas cuatro décadas y población adulta enferma, con prevalencias muy elevadas de enfermedades crónicas, principalmente diabetes e hipertensión arterial y elevada proporción de personas con obesidad o sobrepeso (SSA, 2020a).

Reconociendo estas condiciones, el Gobierno de México tomó una serie de medidas para reducir la propagación del virus y mitigar sus efectos (SSA/DGE, 2020). Además del resguardo generalizado implementado para reducir la velocidad del contagio en los primeros momentos de transmisión comunitaria entre marzo-mayo del 2020, suspensión de actividades, trabajo a distancia, promoción del uso de cubrebocas y toma de muestras para vigilancia epidemiológica; se desarrolló una estrategia de reconversión hospitalaria, capacitación de personal de salud, dotación de equipos médicos y de protección personal, monitoreo de indicadores, semaforización de riesgo y vacunación masiva para la población

(SSA, 2020b). Por instrucción del presidente de México, se efectuó una compra anticipada de vacunas anti-COVID, lo que permitió tener suficiente biológico disponible para la vacunación masiva, con el propósito de reducir los cuadros graves, la hospitalización, la letalidad por COVID-19, recuperar la actividad económica, mitigar la crisis social y configurar una nueva normalidad (Gobierno de México, 2020).

Desde principios de enero, cuando se emitieron las alertas epidemiológicas en el mundo, tanto el Gobierno de México como el Gobierno de la Ciudad de México (CDMX) iniciaron el monitoreo de la enfermedad y las primeras propuestas de lo que sería la respuesta integral a la pandemia (SSA/SPPS, 2020a).

La alerta temprana en la CDMX consideró sus condiciones particulares de concentración urbana, desigualdades y pobreza, así como de movilidad local, nacional e internacional, que la convirtieron, desde el primer momento, en una zona de alto riesgo epidémico.

Desde un inicio, se estimó que la ciudad sería uno de los puntos álgidos en términos de concentración de casos, contagios y demanda de atención hospitalaria, por lo que se desarrolló una propuesta integral y anticipatoria, que permitió enfrentar la pandemia en una ciudad con 9,2 millones de habitantes, cinco millones de personas que transitan todos los días y que desarrollan actividades de servicios, comerciales o recreativas, conformando una zona metropolitana de 22 millones de habitantes con una gran integración económica y social.

La Secretaría de Salud del Gobierno de México (SSA) consideró tres escenarios posibles de propagación del coronavirus SARS-CoV-2 en el país y se definieron medidas de prevención y control de la transmisión de la enfermedad para cada etapa:

Fase 1. Importación: la SSA reporta el primer caso importado identificado en el territorio nacional el 27 de febrero de 2020. En esta etapa, en la ciudad se fortaleció el área de sanidad internacional. Se duplicaron las brigadas de vigilancia

epidemiológica y se incrementó el equipo de monitoreo. Por la cantidad de casos importados, el seguimiento de sus contactos y la toma de muestras se realizaban en domicilio a través de las jurisdicciones sanitarias y las brigadas de "Salud en tu casa". En este primer momento, se activaron los comités estatales de vigilancia epidemiológica y seguridad en salud, que fueron claves para el seguimiento de las acciones y la posterior conformación de comisiones específicas, como la Comisión científico-técnica de análisis de las defunciones y el Comité técnico de emergencias y semáforo epidemiológico.

Desde principios de marzo también se inició la reconversión hospitalaria en la ciudad, pues experiencias de países como España e Italia, y de la propia China, reconocían como problema crítico la saturación de hospitales. Sobre todo, los países europeos en donde colapsó la atención para casos graves, por la demanda creciente de casos leves y moderados que saturaron las salas de urgencias.

La reconversión hospitalaria se inició bajo los lineamientos de la Secretaría de Salud Federal y rápidamente se configuró como una estrategia de todo el sector salud y de dimensión metropolitana (CCINSHAE, 2020). Esto permitió aumentar la capacidad de camas de hospital en la zona metropolitana con la participación de entidades locales y nacionales[3].

Fase 2. Dispersión comunitaria: se decretó el 24 de marzo con 1.115 casos confirmados en el país y 331 en la Ciudad de México. El 30 de marzo, el Consejo de Salubridad General declaró la "emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor" (DOF, 2020a) como consecuencia de la evolución de casos confirmados y muertes por SARS-CoV-2 en el país, y el resguardo generalizado conocido como Jornada Nacional de Sana Distancia se prolongó hasta el 30 de mayo. En este periodo se suspendieron actividades económicas no esenciales, se restringieron las congregaciones masivas y se recomendó el "Quédate en casa". A los trabajadores de la salud de 60 y más años se les autorizó resguardarse, lo que significó para la SEDESA una reducción de 4.000 trabajadores de su fuerza laboral.

Dos componentes esenciales de la respuesta a la pandemia en esta fase fueron desarrollados por el Gobierno de la ciudad: un modelo epidemiológico propio para estimar el comportamiento pandémico considerando diversos escenarios[4] y el uso de mensajes de texto (SMS) gratuitos para el tamizaje, el seguimiento automatizado y la comunicación a distancia de los posibles casos. El seguimiento permitió la atención diferenciada según grupo de riesgo a través de monitoreo telefónico con personal médico desplegado en Locatel (servicio de localización y apoyo a la ciudadanía) y videollamadas para evaluación de síntomas o canalización de casos de mayor riesgo a la SEDESA para la visita médica a través de las brigadas de "Salud en tu casa". Este mecanismo de seguimiento temprano fue fundamental para atender a los casos leves y moderados, apoyar su resguardo domiciliario, canalizar a las personas con mayor riesgo y contener la demanda hospitalaria de casos no graves.

Además, el Gobierno de la ciudad incentivó el resguardo domiciliario de casos y contactos durante 15 días con la entrega de un kit médico, despensa y apoyo monetario a través de las brigadas de participación ciudadana que fueron esenciales para las acciones en el territorio. El aislamiento domiciliario de casos y contactos se logró sin medidas coercitivas, pues siempre se privilegió la información a la población y un conjunto de dispositivos de apoyo. La entrega del kit alimentario, médico y monetario para las personas con COVID-19 partió de reconocer la vulnerabilidad de muchos espacios-población donde no había condiciones para hacer un resguardo domiciliario estricto. Recibir este apoyo se convirtió en un incentivo para que los enfermos y sus contactos directos no tuvieran que salir por una despensa, contaran con un apoyo monetario adicional y un kit médico para atender sus síntomas leves y moderados en domicilio (Sheinbaum, 2020).

El compromiso de los habitantes de la Ciudad de México con la Jornada Nacional de Sana Distancia impactó en la movilidad, que en algunos momentos se redujo hasta el 80%, condición esencial para reducir la velocidad de los contagios. Se estima que esta disminución de la movilidad y el resguardo domiciliario redujo a la mitad los casos estimados y permitió atenuar la velocidad de propagación del virus SARS-CoV-2 en la ciudad.

Fase 3. Epidémica: se inició el 21 abril con 16.013 casos confirmados en el país y 4.437 en la capital de la República, lo cual dio lugar a la ejecución de acciones adicionales para la prevención y control en la ciudad

[5].

En sitios específicos de alta concentración de personas, como la Central de Abastos (CEDA), considerada el mercado más grande de América Latina, centros penitenciarios, albergues y asilos, se desarrollaron acciones intensivas e intersecretariales de monitoreo, detección y aislamiento de casos sospechosos y hospitalización temprana.

La SEDESA implementó los módulos de triaje, la toma de muestras y canalizó a personas con alto riesgo a hospitales; en centros penitenciarios, en coordinación con la Secretaría de Gobierno; en la CEDA, con autoridades de la Secretaría de Economía (SEDECO), y en albergues y asilos, con la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO).

La conclusión de la Jornada Nacional de Sana Distancia y el tránsito hacia una nueva normalidad transformaron la estrategia de resguardo generalizado de la población a los semáforos epidemiológicos, que permitieron la apertura paulatina de diversas actividades.

En esta fase, el Gobierno de la ciudad elaboró el plan gradual hacia una nueva normalidad en la Ciudad de México, estandarizó y difundió lineamientos de seguridad sanitaria e higiene para las distintas actividades y amplió la plataforma digital de monitoreo desarrollada a partir del SMS y el servicio de Locatel, esencial para el seguimiento telefónico de casos y rastreo de contactos. Asimismo, se fortaleció la vigilancia epidemiológica en los territorios a través de las jurisdicciones sanitarias, las brigadas de “Salud en tu casa” y de la participación ciudadana.

A mediados de mayo del 2020 se produjo el primer pico de la pandemia, con una demanda intensa de hospitalización y saturación

en salas de urgencias, sin embargo, no se tuvo la crisis que agobió a países europeos, en tanto la reconversión hospitalaria y la expansión de camas y la puesta en marcha de unidades temporales de atención COVID se realizó con anticipación.

La participación de los centros de salud con módulos de atención respiratoria y seguimiento ambulatorio permitió atender los casos con sintomatología moderada y leve. Los triajes, los quioscos fijos y móviles de toma de muestras, facilitaron el acceso a pruebas gratuitas para la detección de casos y la valoración médica. En tanto, las brigadas en el territorio intensificaban su labor para enfrentar los desafíos que representaba el tránsito del resguardo generalizado a la apertura gradual de actividades.

A partir de la implementación del semáforo epidemiológico nacional (SSA, 2020c), el Gobierno de la ciudad desarrolla el programa especial de detección, protección y resguardo de casos COVID-19 y sus contactos y, posteriormente, el programa de hogares responsables y protegidos, que comenzó el día 10 de julio. A través de estos programas se intensificó el seguimiento telefónico de casos leves y moderados, la referencia a hospitales de personas con signos de alarma, además de las acciones de información y rastreo en los territorios. Se desplegaron brigadas con personal médico, de enfermería y promotores de salud y de participación ciudadana en zonas altamente afectadas o con alto riesgo de contagio. La geolocalización de casos por colonia permitió dirigir las acciones de prevención y promoción de forma intensiva y controlar brotes y fortalecer los componentes informativos, educativos y de comunicación para que las personas se protegieran y pudieran tomar las mejores decisiones (Sheinbaum, 2020).

Además de ampliar y expandir la capacidad hospitalaria de la ciudad —que triplicó las camas disponibles— se articuló un sistema de triajes de evaluación prehospitalaria que permitía la hospitalización temprana de personas con riesgo de complicaciones; se estandarizó la atención médica en pacientes ambulatorios y graves, y el alta oportuna con oxígeno domiciliario. Fundaciones privadas y empresas apoyaron la habilitación de unidades temporales de atención COVID.

El sistema de atención prehospitalaria se amplió y concentró sus

recursos en el Centro de Comunicación, Control y Contacto Ciudadano (C5), donde también se instaló un comando de atención a familiares de personas fallecidas. En este comando, coordinado por la Secretaría de Gobierno para la atención expedita de familiares de personas fallecidas, la Agencia de Protección Sanitaria (AGEPSA) atendía la certificación de defunciones ocurridas en el domicilio.

Para lograr un tránsito seguro del resguardo generalizado de la población, a la apertura paulatina de diversas actividades, definidas según los semáforos epidemiológicos, se elaboró el plan gradual hacia una nueva normalidad y se difundieron lineamientos de seguridad sanitaria e higiene para las distintas actividades. Las disposiciones orientadas a configurar la nueva normalidad de las actividades comerciales, financieras y de servicios incluyeron capacitación y orientación para el cumplimiento de reglas y lineamientos de seguridad sanitaria, además de apercibimientos y sanciones, con acciones conjuntas de la AGEPSA con la Secretaría de Desarrollo Económico para fortalecer la seguridad sanitaria de diversos giros y actividades con atención expedita y reducción del riesgo de contagio.

Se capacitaron y contrataron más de 4.000 profesionales de la salud, fundamentalmente personal médico especializado, general y de enfermería, y con el apoyo de la Secretaría de Turismo se alojó y se alimentó al personal de salud que se sumó a la atención COVID en hospitales de la ciudad, proveniente de otras entidades y de la cooperación internacional.

Para la fase de vacunación intensiva anti-COVID, que empezó en la ciudad en febrero del 2020, se desarrolló un modelo de macrounidades vacunadoras, con coordinación nacional y local. Desplegando 250 profesionales de la salud por macrounidad, de 50 a 100 células vacunadoras por sede, con capacidad de vacunar hasta a 30.000 personas por día y por sede, y más de 200.000 personas por día; con programación semanal, citas por mensaje SMS, con información de sede, día y hora. En este periodo se mantuvieron movilizados más de 12.000 servidores públicos de distintas dependencias apoyando la vacunación.

Todos los servicios fueron gratuitos, el comando de salud

metropolitano se reunía diariamente, la información generada se reportaba a diario. Su sistematización y seguimiento permitió la toma de decisiones y el monitoreo permanente de la dinámica de la pandemia en la ciudad[6].

Resultados

El primer caso o caso índice de COVID-19 en México se detectó el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México, y el 18 de marzo del mismo año la Secretaría de Salud reportó la primera muerte por COVID-19. Respecto a las características demográficas, hubo un claro predominio de afectación en las personas de edades de entre 30 y 59 años y mayor frecuencia en hombres (68,8%). Entre los fallecidos, las enfermedades de base predominantes fueron hipertensión, diabetes y obesidad (Suárez et al., 2020). Las defunciones estuvieron asociadas a la presencia de comorbilidades en el 44,2% con hipertensión; el 36,69%, diabetes, y el 20,46%, obesidad (INEGI, 2022); todas ellas evidencian políticas de promoción de la salud y prevención de enfermedad crónica históricamente poco efectivas.

La pandemia exacerbó la vulnerabilidad, la polarización epidemiológica y las inequidades sanitarias que han existido en la zona metropolitana de la Ciudad de México desde hace varias décadas como consecuencia de las desiguales condiciones de vida y de salud. Su población, en general, tiene acceso limitado a servicios básicos y en amplias zonas de la urbe predomina la vivienda precaria y el trabajo informal (Blanco et al., 2014). La población adulta presenta elevadas prevalencias de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), donde destaca la diabetes mellitus tipo 2, que en la ciudad afecta a 12,4 de cada 100 personas mayores de 20 años; la hipertensión arterial sistémica, cuya prevalencia es de 20 casos por cada 100 mayores de 20 años, y el sobrepeso y la obesidad, que en conjunto afectan al 75% de la población adulta (ENSANUT, 2020). Muy rápidamente se documentó que las formas graves de COVID-19 se presentaron con mayor frecuencia en personas con estas patologías (Sifuentes-Osornio et al., 2021).

Debido a su densidad poblacional, intensa movilidad metropolitana y heterogeneidad económica, cultural, socioterritorial y sanitaria, la

Ciudad de México representa un desafío para la política de salud (López y Medina, 2015) y, en este periodo particular, para la atención a la pandemia por COVID-19.

Como se ha señalado, este desafío se enfrentó con una política integral y de alcance metropolitano, encabezada por el Gobierno de la ciudad, e incorporó secretarías, instancias gubernamentales e instituciones de salud para responder de forma unificada a la pandemia (Sheinbaum, 2020).

Desde febrero del 2020, con la evidencia científica disponible y la revisión de estrategias y prácticas internacionales, se implementó una estrategia integral y metropolitana de atención a la COVID-19 que recuperó los principios de la atención primaria de salud (APS), con acciones en el territorio, domiciliarias, comunitarias, prehospitalarias y en unidades de salud con el propósito de salvar vidas, atender los casos graves, garantizar una cama de hospital para quien lo requiriera y reducir los contagios.

Las acciones coordinadas de vigilancia epidemiológica de plataforma y territoriales permitieron masificar el diagnóstico temprano, el acceso a evaluación médica gratuita, el seguimiento telefónico de casos positivos, la atención prehospitalaria, la entrega de apoyos y la hospitalización gratuita con independencia de la condición de aseguramiento. Los mecanismos de seguimiento temprano fueron fundamentales para atender casos leves y moderados de COVID-19 y reducir la presión de casos no graves sobre los hospitales:

La reconversión hospitalaria y la habilitación de unidades temporales triplicaron el número de camas disponibles y en el momento de mayor demanda de atención; en la zona metropolitana se desplegaron 11.300 camas para atención COVID, de las cuales se ocuparon 10.600.

El tamizaje automatizado permitió que un millón de usuarios fueran atendidos a través del SMS: 51515 COVID-19.

En los hospitales se atendieron a 1.300.000 personas en urgencias,

se hospitalizaron a poco más de 220.000 pacientes y se dio seguimiento domiciliario desde el hospital a 50.000 personas.

Las brigadas de participación ciudadana permitieron movilizar a 2.000 promotores comunitarios haciendo barrido casa por casa, entregando apoyos e información.

Se realizaron 3,5 millones de visitas domiciliarias.

Brigadas de “Salud en tu casa” realizaron rastreo en campo, para lo que priorizaron espacios-población con mayor contagio y aplicaron cerca de 300.000 dosis a personas postradas, con limitaciones de movilidad o privadas de su libertad.

Se han aplicado seis millones de pruebas gratuitas, de las cuales la SEDESA ha administrado cinco millones en unidades ambulatorias y quioscos de atención.

Hasta 200.000 acciones de orientación y fomento sanitario realizadas por la Agencia de Protección Sanitaria.

Hasta 23,9 millones de dosis aplicadas de vacuna anti-COVID; el 100% de cobertura con una dosis en personas de 5 y más años; el 93% con esquema completo y el 85% de personas de 12 y más años con refuerzo.

Hasta 636.000 personas atendidas en los módulos de “Salud en tu vida”: 464.000 detecciones positivas (el 29,7% con sobrepeso; el 22% con obesidad, el 11,6% con diabetes y el 9,5% con hipertensión arterial).

En la ciudad se enfrentó la pandemia como tarea de Estado, con un gobierno local que puso en el centro de su quehacer a las personas con una visión integral, intersectorial, metropolitana y respetuosa de los derechos humanos. La acción gubernamental se volcó a su atención y movilizó todos los recursos y dispositivos existentes para mitigar la enfermedad por SARS-CoV-2 en una urbe con gran concentración de personas y actividades, complejidad sociosanitaria e intensa movilidad.

Además de contender con seis olas de COVID-19 en cuatro años (2019-2022), se rehabilitaron 23 centros de salud, se construyeron dos hospitales generales de 60 camas cada uno y se recuperó y equipó un tercero. La disponibilidad de servicios se amplió con los tres hospitales que suman 200 camas adicionales a las ya existentes, 220 centros de salud que amplían horario y extendieron sus servicios a fines de semana y días festivos y con la incorporación de 4.000 profesionales médicos y de enfermería. Estas acciones coordinadas por la ciudad sumaron recursos locales y federales aportados por el INSABI.

Bajo la rectoría del modelo de “Salud en tu vida” (GOCDMX, 2021), que se inscribe en la propuesta del Gobierno de México de MAS Bienestar (DOF, 2022b), se recuperaron servicios, se implementaron acciones territoriales de prevención y promoción de la salud, cuyo objetivo se centró en llevar la atención hasta las comunidades y barrios más alejados para que las personas, en tanto sujetos de derechos, asuman la salud en sus manos. Para ello, se capacitaron 63 agentes de salud y 930 procuradoras de salud, se realizaron 12 talleres intersectoriales con autoridades de las alcaldías, se certificaron 1.163 entornos como favorables a la salud, se capacitaron 17.000 promotores y se formaron 4.000 comisiones comunitarias de salud.

Reflexiones finales

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto severo en América Latina y México, pues causó un alto número de casos y muertes, una contracción significativa de la economía y efectos sociales como estrés, ansiedad y violencia doméstica y, en el caso de los trabajadores de la salud, incrementó el estrés laboral y los problemas de salud mental.

A febrero de 2023, México ha reportado más de 7,4 millones de casos confirmados de COVID-19 y 332.850 defunciones por esta causa (SSA/SPPS, 2023). En un estudio reciente (ECLAC 2021b), se estimó una reducción de entre 0,3 y 0,7 años de esperanza de vida al nacer (EVN), en los países de Latinoamérica, en los que la prevalencia del virus de la COVID-19 fue baja (5%), y de entre 1,5 y 3,2 años en países en los que la propagación del virus fue menos contenida y su prevalencia fue de alrededor de un 25%. Estimaciones adicionales para Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, México y Perú sugieren reducciones aún mayores en la esperanza de vida al nacer en los próximos años, de entre alrededor de 2 y hasta 10 años (Mena y Casalí, 2020).

Otro desafío es el long COVID, que impone más estrés al sistema de salud. Además, puede afectar la esperanza de vida al nacer y generar una mayor presión sobre los servicios sociales y de salud, impidiendo así la recuperación del nivel de la esperanza de vida que había en 2019. En segundo lugar, la COVID-19 ha dado lugar a una condición denominada como COVID persistente, que aún no es bien entendida. Si la COVID persistente causa enfermedades crónicas que aumentan el riesgo de mortalidad, también podría frenar la recuperación en la esperanza de vida total (Harper, 2021).

En la ciudad, a pesar del despliegue de recursos gubernamentales, de la suma de capacidades institucionales federales y locales y de la movilización de múltiples actores públicos, privados y sociales, las condiciones estructurales en la ciudad, que se expresan en

desigualdades socioterritoriales, intensa movilidad local, nacional e internacional, sumadas al envejecimiento poblacional y elevada prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, la colocan entre las entidades más afectadas por la pandemia de COVID-19, con más de 1,8 millones de casos confirmados de COVID-19 y 57.757 defunciones por esta causa (SSA/SPPS, 2023).

La pandemia llegó al país cuando recién se modificaba la ruta neoliberal, que durante años privilegió lo privado sobre lo público, debilitó la soberanía sanitaria y la capacidad de respuesta de los servicios de salud, restó legitimidad al quehacer del Estado y devaluó la labor de los trabajadores de la salud pública frente a la ciudadanía. Procesos amplificados por el modelo mercantil y privatizador cuya visión convirtió la atención en una mercancía y la salud en equivalente de consumo individual de servicios médicos y de alta tecnología.

La pandemia mostró las debilidades que afectan al sistema público de atención médico-sanitaria. Problemas estructurales que en el caso del país y de la Ciudad de México responden a las formas histórico-institucionales que configuraron un sistema de salud segmentado de origen en instituciones de salud que atienden a personas sin seguridad social laboral, instituciones de seguridad social cuya población de responsabilidad son los asegurados y sus familias e instituciones privadas que responden a la capacidad de pago de las personas y que crecieron aceleradamente en las cuatro décadas en las que imperó el modelo de globalización neoliberal en México.

La pandemia por COVID-19 colocó al mundo entero ante un enorme desafío para su atención. En el país y en la ciudad, con gobiernos electos democráticamente en 2018 y con agendas progresistas, este desafío fue enfrentado como tarea de Estado, que movilizó todas las capacidades institucionales, recursos públicos y dispositivos de atención masiva en el territorio, y destacó, en el campo sanitario, el funcionamiento como sistema unificado de salud universal y gratuita.

La respuesta gubernamental a la emergencia sanitaria fue bien valorada por la población y, en las fases de vacunación anti-COVID, la población acudió masivamente a vacunarse. En la ciudad se

desplegaron múltiples espacios de atención presencial y a distancia, con equipos multiprofesionales y con la participación no solo de todas las instituciones de salud presentes en la ciudad, sino de secretarías locales y del Gobierno de México, servidores de la nación y de la ciudad.

La disponibilidad y cercanía de servicios gratuitos, accesibles y sin discriminación por condición de aseguramiento, mejoraron la confianza en los servicios públicos de salud y en sus trabajadores, mostraron lo esencial de su quehacer y reposicionaron la importancia de la salud en el bienestar de las personas, su atención como un derecho y su garantía como tarea pública.

El futuro del sistema de salud

Los retos que enfrentan los sistemas sanitarios y la salud pública en un contexto pospandemia no son menores. Describimos algunos de los retos observados en el quehacer diario de los servicios de salud en la ciudad. Sin ser exhaustivos, se sintetizan algunos de ellos en diversos planos analíticos: desde el contexto sociopolítico, la operación de servicios, hasta el diseño de políticas públicas vinculadas con formación del personal de salud.

En el nivel de las políticas

Recuperar soberanía sanitaria invirtiendo en investigación y desarrollo (I + D) y promoviendo la producción pública de medicamentos e insumos estratégicos para la salud.

Articularse con actores y procesos de la globalización contrahegemónica que hace referencia a las distintas formas de resistencia que intentan contrarrestar la exclusión social, defienden el sistema público y el derecho a la salud.

Colocar a la salud en todas las políticas buscando sinergias y fortalecer a la salud pública con un enfoque de promoción de la salud para incidir en los determinantes de las inequidades sociales.

Incrementar la inversión en salud, reformular la composición del gasto buscando garantizar el acceso equitativo y universal a la salud y reducir la fragmentación del financiamiento en salud.

Mantener la coordinación con todas las instituciones de salud, funcionar como un sistema integrado y avanzar hacia la construcción de un sistema universal de salud de base pública en el

marco del modelo de salud para el bienestar (MAS Bienestar) (DOF, 2022b).

Incorporar en la formación de profesionales de la salud, la enseñanza de la salud pública con enfoque comunitario y de familia.

Fortalecer la colaboración y solidaridad internacional buscando la integración regional para poder definir marcos de acción conjunta para abordar los desafíos de futuras crisis.

En el nivel del sistema de salud

Fortalecer el doble rol de la atención primaria: como primer contacto y como coordinadora de la atención, incrementando su capacidad resolutiva con los equipos básicos de salud, la ampliación de la cartera de servicios y el trabajo territorial.

Mejorar la organización territorial de los servicios de salud articulando y jerarquizando la red metropolitana de servicios integrales de atención a la salud garantizando la continuidad de la atención y coordinado los flujos de usuarios.

Reducir las inequidades en la disponibilidad y acceso a los servicios y las listas de espera.

Ampliar las acciones de seguridad sanitaria, la participación comunitaria y las acciones colectivas de salud en los territorios promoviendo las conductas solidarias y responsables de protección y cuidado de la población.

Transformar los sistemas informáticos y de registro manual hacia sistemas digitales, compatibles entre los distintos niveles de atención y de fácil registro que permita contar en tiempo real —tanto en el territorio como en las unidades— con información de calidad para la mejor toma de decisiones. Garantizar infraestructura que permita conexiones seguras y estables en todas las unidades de salud.

Incidir en la formación de profesionales de la salud para generar mayores oportunidades de intervenciones exitosas con equilibrios entre la formación técnica-operativa y la formación ético-política.

Sensibilizar sobre la dimensión político-técnica de las políticas públicas que dotan a las acciones de sentido práctico, pero también de visión de futuro en el marco de proyectos de transformación. Esto formaría generaciones de profesionales de la salud desde una mirada integral y derecho a la salud.

Asegurar espacios laborales no precarios para los profesionales en los servicios de salud.

En conclusión, si bien el Gobierno tomó medidas para reducir la propagación del virus y mitigar sus efectos, desarrolló una vacunación exitosa que logró elevadas coberturas, mantuvo la gobernabilidad y hay datos de recuperación económica, la pandemia reveló la urgencia de enfrentar las desigualdades sociales, seguir transformando el sistema público de salud y fortalecer los servicios médico-sanitarios en el territorio en la lógica de la atención primaria a la salud, para responder de forma rápida, con calidad y equidad a las necesidades cotidianas de atención y a eventuales situaciones de emergencia epidemiológica.

Bibliografía

Calderón Patier, Carmen (2004): “El nuevo estado de bienestar en el marco de la globalización económica: el papel de la política fiscal”, Tribuna de Economía, 819, pp. 229-238.

Cerny Philip, G. (1997): “Paradoxes of the competition state: the dynamics of political globalization”, Government and Opposition, 32(2), pp. 251-274.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (2020): “Lineamiento para la

atención de pacientes por COVID-19”, CCINSHAE, 14 de febrero.

Currea-Lugo, Víctor (2006): “La encrucijada del derecho a la salud en América Latina”, en Yamin A. E. (editor), Los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta, México, IRDC, APRODEH, pp. 215-233.

De Sousa Santos, B. (ed.) (2005): “Linha de horizonte”, en A globalização e as ciências sociais, Sao Paulo, Cortez Editora, pp. 25-102.

Diario Oficial de la Federación (2019): Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, DOF, 29 de noviembre.

— (2020a): Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), DOF, 30 de marzo.

— (2020b): Acuerdo por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidémico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como se establecen acciones extraordinarias, DOF, 14 de mayo.

— (2022a): Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), DOF, 31 de agosto.

— (2022b): Acuerdo por el que se emite el modelo de atención a la salud para el bienestar (MAS-BIENESTAR), DOF, 25 de octubre.

Economic Commission on Latin America and the Caribbean (2021b): “COVID-19 mortality: evidence and scenarios”, ECLAC, Santiago. Disponible en http://bitly.ws/Q7fF.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2020): Resultados nacionales, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud

Pública.

Esping-Andersen, G. (1990): The three worlds of welfare capitalism, Princeton N. J., Princeton University Press.

Evans, Timothy et al. (eds.) (2002): Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción, Washington, Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud.

Featherstone, M. y Global Culture (1990): Nationalism, globalization and modernity, Londres, Sage.

Fleury, S. (2004): "Ciudadanías, exclusión y democracia", Nueva Sociedad, 193, septiembre-octubre, pp. 62-75.

Forti, S. (2010): Réformes, équité et droit à la santé en Amérique latine: agendas, acteurs et alternatives au Honduras [tesis], Quebec, Université Laval.

Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2021): Decreto por el que se abroga la Ley de Salud del Distrito Federal, se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México, Ciudad de México, GOCDMX, 9 de agosto.

Giddens, A. (1990): Sociology, Oxford, Norton.

Gobierno de México (2020): Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Documento rector, México, Gobierno de México, diciembre.

Gobierno de la Ciudad de México (2019): Plan de Gobierno 2019-2024. Derecho a la salud, Ciudad de México, Gobierno de la Ciudad de México, pp. 105-109.

— (s. f.): "Modelo epidemiológico de COVID-19", Ciudad de México, Gobierno de la Ciudad de México. Disponible en http://bitly.ws/Q2ek.

Gramsci, A. (1978): Cahiers de Prison, París, Gallimard.

Harper, S. (2021): "The impact of the COVID-19 pandemic on global population ageing, Journal of Population Ageing, 14(2), pp.

137-42.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía () (2022): COVID-19 México. Información general, INEGI, Gobierno de México. Disponible en http://bitly.ws/guAK.

Jessop, B. (1990): State theory: putting the capitalist state in its place, Nueva York, Polity Press.

— (2002): The future of the capitalist state, Nueva York, Polity Press.

Lee, Kelley y Goodman, Hilary (2002): “Global Policy Networks: the propagation of health care financing reform since 1980s”, en Lee, K., Buse, K. y Fustukian, S. (eds.), Health policy in a globalising world, Londres, Cambridge University, pp. 3-17.

López, O. y Blanco, J. (1993): La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta, Xochimilco, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Col. Ensayos.

— (2008): “Caminos divergentes para la protección social en salud en México”, Salud Colectiva, septiembre-diciembre, 4(3), pp. 319-333.

— (2007): “Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal”, en Jarillo E. y Ginsberg E. (coords.), Temas y desafíos en salud colectiva, Argentina, Lugar Editorial, pp. 21-48.

López, O. y Medina, O. (2015): “Determinantes sociales de la salud en la ciudad de México. Desafíos para la política sanitaria local”, en Peña, F. y López, O., Salud, condiciones de vida y políticas sociales, México, Editorial EÓN, ENAH/UAM-X, pp. 43-64.

López, O. et al. (2013): “Desigualdades sociosanitarias en la ciudad de México”, en Lara, N.; Eibenschutz, C.; Tamez, S. y Ehrenfer, N. (comp.), La salud y su atención. Problemas actuales, miradas diversas, México, UAM-Xochimilco, pp. 18-48.

Mürekkep (Ink) (2002): “Globalização, regionalização, mercado e o Estado”, entrevista com Bob Jessop, Curriculo sem Fronteiras, 2(2), pp. 5-21.

Portelli, Hugues (1987): Gramsci y el bloque histórico, México, Siglo XXI.

Ramos, Joseph (1997): “Un balance de las reformas estructurales neoliberales en América Latina”, Santiago, CEPAL, 62, agosto.

Rosemberg, H. y Andersson, B. (2000): “Rethinking social protection in health in Latin America and the Caribbean”, Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1-2), pp. 118-125.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2019): “Informe de labores 2019”, Ciudad de México, SEDESA.

Secretaría de Salud (2020a): “Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México 2019”, México, SSA.

— (2020b): “Estrategia de promoción de la salud, prevención, atención y mitigación de la COVID-19 en el marco de la atención primaria de la salud”, México, SSA, 24 de julio.

— (2020c): “Lineamiento para la metodología de cálculo del semáforo de riesgo epidémico COVID-19”, México, SSA.

Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología (2020): “Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-nCOV”, SSA/DGE, 7 de febrero.

— (2020a): “Proceso de prevención de infecciones para las personas con COVID-19 (enfermedad por SARS-CoV-2), contactos y personal de la salud”, SSA/SPPS 21 de febrero.

— (2023): “Informe técnico semanal COVID-19, México”, SSA/SPPS, 14 de febrero.

Sifuentes-Osornio, J. et al. (2021): “Characteristics and outcome of SARS-CoV-2 infected population with comorbidities by age group in Mexico City”, PLOS ONE, p. 14.

Shamah-Levy, T. et al. (2021): “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19. Resultados nacionales”, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Sheinbaum, C. (2020): “Reporte de la intervención del gobierno de la Ciudad de México frente a la COVID-19”, México, Gobierno de la Ciudad de México.

Spinelli, Hugo, et al. (2002): “Equidad en salud. Teoría y praxis”, Buenos Aires, Centro de Estudio de Estado y Sociedad, noviembre.

Suárez, V. et al. (2020): Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020, Revista Clínica Española, noviembre, 220(8), pp. 463-471.

Capítulo 6

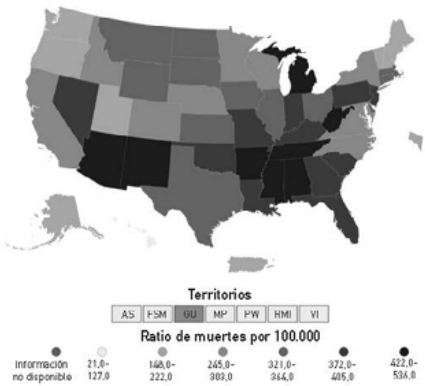
Pandemia COVID-19 en los Estados Unidos: desafíos y oportunidades para el sistema sanitario

Daniel Puga Reimann y María Eugenia León Rueda

Es esencial realizar un análisis crítico de la respuesta a la COVID en Estados Unidos para aprender de nuestros errores, capitalizar nuestros éxitos y prepararnos para el futuro. La respuesta de EE UU frente a la COVID desenmascara una realidad particularmente compleja de nuestro sistema sanitario y pone de relieve sus deficiencias para enfrentar una pandemia de manera eficaz. También nos muestra cómo la evolución de los determinantes sociales de salud y las dinámicas de desconfianza han influido en generar una mortalidad desproporcionada en una población de base ya desatendida y con alta comorbilidad, a pesar de una situación aventajada nacional en términos de recursos económicos y desarrollo tecnológico. La respuesta de EE UU está marcada por la paradoja de un país que fracasa, pero que a la vez descubre las herramientas farmacéuticas más efectivas para controlar la pandemia. Quizás la lección más importante pueda sustraerse precisamente de esta paradoja de éxito/fracaso: el entender el progreso como la subordinación de los avances tecnológicos al bien común. Mucho se ha escrito sobre la pandemia en EE UU y un análisis exhaustivo no cabría en un solo capítulo. El propósito es más bien ofrecer al lector una visión de conjunto y enfatizar en algunos determinantes particularmente vulnerables de la respuesta, que, de ser corregidos, podrían acercarnos a nuestro objetivo de evitar la muerte prematura y el sufrimiento innecesario.

FIGURA 1

RATIO DE MUERTES POR COVID-19 EN LOS EE UU, COMUNICADOS AL CDC, POR ESTADO/TERRITORIO (MUERTES POR 100.000)

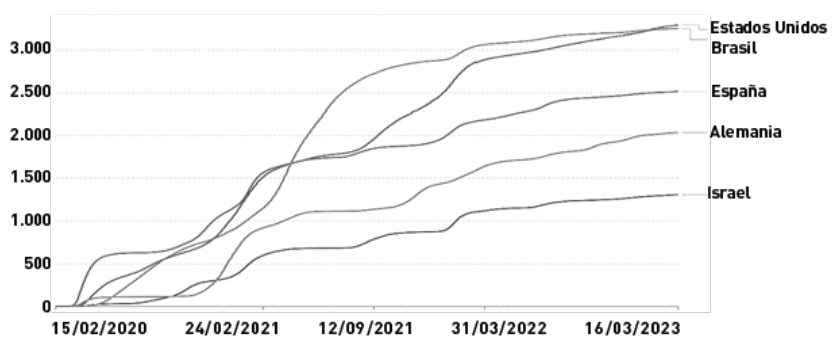


La pandemia en cifras

El 20 de enero del 2020, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) anunció el primer caso confirmado de SARS-CoV-2. Desde entonces y hasta la fecha de este escrito, según el centro para la investigación del coronavirus de la Universidad de Johns Hopkins, el número total de casos confirmados de COVID en los EE UU ha sido de 103.775.431 y 1.123.299 muertes. Esto representa la mortalidad total más alta de cualquier país y la vigésima más alta per cápita. Estas muertes se han distribuido de forma distinta entre los diferentes grupos demográficos, y donde es importante mencionar la disparidad encontrada entre las distintas razas/etnias. Las ratios de mortalidad comparado con blancos nos muestran que la mortalidad se ha multiplicado por 2 entre los nativo-americanos; por 1,7 entre los latinos; por 1,6 entre los afroamericanos y por 0,6 entre los asiáticos.

Figura 2

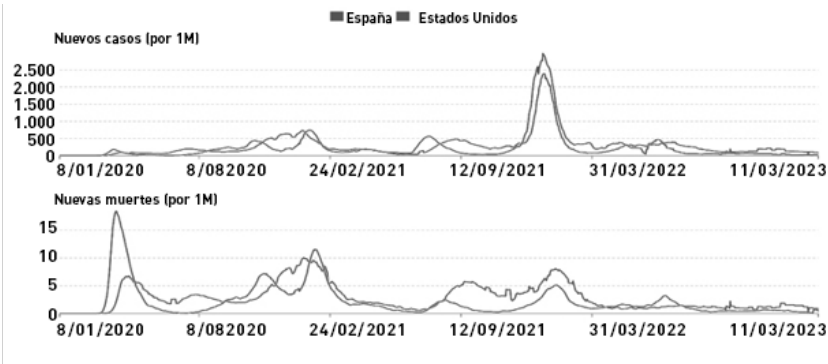
Nuevos casos y muertes diarias por COVID-19 confirmados por cada millón de personas



Fuente: Panel OMS COVID-19.

Figura 3

Muertes acumuladas por COVID-19 por cada millón de personas



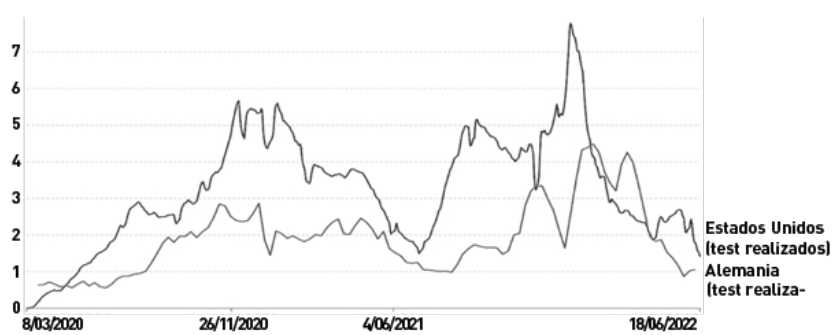
Fuente: Panel OMS COVID-19.

La respuesta inicial

Desde que el SARS-CoV-2 aterrizó en nuestros aeropuertos y receptores ACE-2, la respuesta inicial se caracterizó por falta de preparación, falta de coordinación y negacionismo. El sistema no pudo controlar la propagación del SARS-CoV-2 poniendo en evidencia la incapacidad de montar una respuesta coordinada en ausencia de un sistema de salud pública funcional y unificada. En octubre de 2020, un artículo del New England Journal of Medicine describía la respuesta como una crisis de salud pública. Por esas fechas, EE UU, que contaba con el 4% de la población mundial, se adjudicaba el 24% de las muertes confirmadas por COVID. Se identifican cuatro fallos contribuyentes a la crisis de salud pública: 1) la falta de disponibilidad de pruebas diagnósticas, 2) el retraso en la implementación y la falta de adherencia a medidas físicas de aislamiento, 3) la falta de estudio de contactos y 4) la ausencia de un sistema nacional de información de salud pública (CSSE, s. f.; Blumenthal, 2020).

Figura 4

Test diarios de COVID-19 por cada 1.000 personas



Al inicio de una pandemia de tales proporciones, cuando las medidas farmacológicas de prevención y tratamiento todavía están por descubrir, la respuesta se cimienta en los principios fundamentales de control de infección. Este ciclo de "testar-aislar-estudiar contactos-cuarentenar-repetir" no se implementó adecuadamente, por lo que resultó en un colapso del sistema sanitario. En las últimas décadas, EE UU se ha visto distraído de los principios fundamentales de salud pública y más bien centrado en la investigación y desarrollo de "fórmulas mágicas" para combatir enfermedades (School of Humanities, Arts and Social Sciences, 2021). El no implementar dichos fundamentos al inicio de la pandemia supuso un incremento de transmisión viral en una población con alta comorbilidad, sin cobertura sanitaria, que buscaba atención médica en un sistema dependiente de personas aseguradas que rápidamente perdían el empleo. La propagación viral reveló falta de respiradores, camas hospitalarias y equipos de protección personal, poniendo en evidencia la falta de prevención y preparación en EE UU. La movilización de recursos existentes a zonas de alta necesidad se hizo especialmente difícil en ausencia de un sistema de información nacional de salud (Blumenthal, 2020).

Un aspecto crucial del retraso inicial en la respuesta a la COVID fue la falta de pruebas diagnósticas. La CDC inicialmente recomendaba solo testar a aquellas personas que habían viajado a ciertos países, contactos conocidos de COVID o enfermedad suficientemente grave para requerir ingreso hospitalario. Mientras que la Organización Mundial de Salud adoptó un test alemán, EE UU optó por desarrollar su propio test, que mostró errores y para el final de febrero 2020 se habían realizado menos de 4.000 pruebas diagnósticas en todo el país. Algunos laboratorios académicos y hospitales desarrollaron sus propias pruebas diagnósticas, pero no pudieron utilizarlas hasta adquirir el permiso de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). En marzo de 2020 la CDC relajó los criterios de inclusión, lo que permitió a los médicos testar a discreción. El doctor Fauci reconoció que no se contaba con suficientes pruebas para cubrir la demanda. Finalmente, hacia agosto de 2020 se implementaba el testeo masivo y, según la Universidad de Johns Hopkins, EE UU realizaba más

pruebas per cápita que cualquier otro país. Sin embargo, el retraso de la puesta en marcha de testeo y estudio de contactos al inicio de la pandemia incrementó la carga viral comunitaria y desbordó la capacidad de los hospitales, contribuyendo al exceso de mortalidad en este contexto (Wikipedia, s. f.).

Otro ejemplo evidente de la falta de preparación fue la escasez de respiradores para enfermos críticos y la falta de equipos de protección personal. En EE UU el departamento de Human Health Services (HHS) supervisa el Strategic National Stockpile (SNS), que es el depósito nacional de suministros médicos críticos, incluyendo equipos de protección personal y respiradores. La función del SNS es complementar los suministros estatales y locales durante las emergencias de salud pública. La pandemia de influenza H1N1 en el 2009 agotó las reservas de máscaras y otros equipamientos. Informes gubernamentales redactados en el 2000 ya venían avisando de que la cantidad de respiradores existentes era insuficiente para afrontar una pandemia. El HHS intentó corregir esta situación contratando a diferentes empresas, pero debido a que dichas empresas se retiraron de los contratos o del mercado, el resultado final fue la escasez de respiradores al estallar la COVID en EE UU (Hyman y Silver, 2020). En 2015 el Gobierno predijo que se necesitarían entre 1.000 millones y 7.000 millones de máscaras en una pandemia respiratoria. Cuando la COVID llegó a EE UU, el SNS solo contaba con 12 millones de máscaras N95 (Khazan, 2020).

Las pautas de distanciamiento físico

La efectividad de las pautas de distanciamiento físico, restricciones y el uso público de mascarilla se continúa evaluando desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad. El debate acerca de la imposición de pautas de distanciamiento físico plantea la cuestión esencial de dónde acaba el poder del Gobierno para limitar la actividad de los ciudadanos, enfrentando poder central y libertades individuales. La toma de decisiones en el área de medidas físicas de distanciamiento puede ser muy compleja, y frecuentemente se invoca una narrativa de salvar al paciente versus salvar a la economía. Esto se debe, por lo menos en parte, a los impactos económicos negativos de la restricción de actividades. Algunos ejemplos de cómo se han medido dichos impactos son la disminución en servicios al consumidor y la reducción de capacidad para producir bienes y servicios (Bartik et al., 2020). El cierre de negocios y las restricciones implicaron el desempleo de más de nueve millones de individuos tras la emergencia de la COVID-19 (Mutikani, 2021). En este contexto, algunos se preguntan en qué punto el daño a la actividad económica supera al daño que pueda producir el SARS-CoV-2 en un individuo (particularmente sin factores de riesgo de progresión a enfermedad grave) o en la sociedad en general. Algunos historiadores abogan por abandonar el pensamiento dicotómico que lleva a enfrentar prevención y tratamiento o intervenciones biomédicas y sociales (Miller, 2021). El auge de la innovación y los servicios virtuales y la consolidación del trabajo remoto que se han producido durante la pandemia constituyen adaptaciones a la narrativa de salvar a la economía versus salvar al paciente, por ejemplo. Se implementaron algunas iniciativas gubernamentales notables para paliar el impacto económico negativo de la pandemia. El American Rescue Plan Act realizaba pagos de 1.400 dólares para la mayoría de los estadounidenses y el “CDC eviction moratorium” evitó el desalojo de inquilinos que no podían pagar alquiler durante la pandemia.

Desde una perspectiva histórica, EE UU se fundó en el supuesto (escrito en la declaración de independencia) de que “todas las personas son creadas iguales; que son dotados por su Creador de ciertos derechos inalienables; que entre estos están la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad, que para garantizare estos derechos se instituyen entre los hombres los gobiernos, que derivan sus poderes legítimos del consentimiento de los gobernados”. La imposición del confinamiento en este contexto histórico ha sido percibida por algunos como una violación de los derechos humanos y un ataque a las libertades civiles. Esto se ha asociado de manera particular a los sectores más conservadores de la sociedad estadounidense y ha llevado a la politización de las medidas de distanciamiento físico y a la exacerbación de la división política (Aaron, 2020). Esta corriente social encontró expresión en forma de protestas contra el confinamiento desencadenadas por la página de Facebook American Revolution 2.0, seguida de otras 53 páginas de Facebook llamadas AR2, encaminadas a generar protestas en el capitolio de cada Estado y, finalmente, a las protestas de Míchigan, organizadas por la Operation Gridlock y apoyadas por la Michigan Conservative Initiate (Wikipedia, s. f.). El asesinato de George Floyd, el 25 de mayo del 2020, desató protestas contra la brutalidad policial hacia los afroamericanos. Las últimas palabras de Floyd: “No puedo respirar” se convirtieron en eslogan en las calles; las protestas aceleraron la transmisión viral y esas mismas palabras se escuchaban en las unidades de cuidados intensivos atendiendo a los pacientes tras las manifestaciones.

El Gobierno federal y de las autoridades estatales ofrecieron directrices contradictorias de medidas de distanciamiento físico con resultados caóticos. Un artículo del British Medical Journal nos transporta al 9 de agosto de 2020, con cinco millones de casos ya sobrepasados de COVID-19 en Estados Unidos y la mitad de los estados en situación de alta transmisión. Ese día, en Dakota del Sur, el pequeño pueblo de Sturgis se preparaba, sin ninguna medida de aislamiento, para dar la bienvenida a 250.000 ciclistas, lo que representó la mayor convocatoria pública conocida a nivel mundial en el seno de la pandemia hasta entonces. Al mismo tiempo, 40 millones de californianos vivían con un mandato público de uso de mascarillas. Mientras tanto, en Nueva York, el gobernador reabría las escuelas; pero, en Florida, Texas y Georgia, líderes demócratas y

republicanos se enzarzaban en discusiones sobre calibrar restricciones. En opinión del autor, dos decisiones políticas fundamentales determinaron el fracaso de Estados Unidos en la pandemia: la decisión del Gobierno federal de seguir, en vez de liderar, y la de dividirnos en vez de unirnos (Altman, 2020). La ausencia de una estrategia gubernamental con un mensaje uniforme y culturalmente sensible de medidas de aislamiento físico aceleró la transmisión del SARS-CoV-2 al inicio de la pandemia. La adherencia a medidas físicas hubiera sido más eficaz en la época precedente a la vacunación en zonas urbanas y de hacinamiento para evitar el colapso del sistema sanitario. La baja adherencia ayuda a explicar, por lo menos en parte, la afectación desproporcionada de COVID en la población estadounidense.

El negacionismo

El negacionismo durante la pandemia puede interpretarse en paralelo a la evolución cultural de las dinámicas de desconfianza en EE UU que transcienden múltiples áreas e influye en la negación de la existencia del SARS-CoV-2, de las vacunas, de los tratamientos y de las medidas de contención. Los vectores de desconfianza generan una matriz social altamente compleja y multidireccional, e intentar resumirla resultaría en una evaluación incompleta. Asumiendo esto, podemos al menos tratar de analizar la desconfianza en un sentido, donde consideramos el transmisor de desconfianza al paciente y el receptor a otras personas o instituciones. De esta manera, podemos ver diferentes medidas de rupturas de confianza de paciente a Gobierno, de paciente a instituciones como la CDC/NIH/FDA, de paciente a industria farmacéutica, de paciente a sus médicos y enfermeros, de paciente a los medios de comunicación, de paciente a la comunidad científica, de paciente demócrata a republicanos y viceversa y de grupos minoritarios a no minoritarios y viceversa. Este clima de desconfianza obstaculiza la implementación de medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir, tratar y controlar la COVID-19. Algunos estudios directamente han vinculado el bajo nivel de confianza en el Gobierno a mayor tasa de casos y muertes por SARS-CoV-2 (Bollyky et al., 2022).

¿Por qué nos encontramos en esta matriz de desconfianza, cuáles son sus determinantes y cómo se puede reparar? Como se mencionó en el análisis de las medidas de distanciamiento físico, las raíces históricas son profundas, y para muchos la percepción del exceso de control se interpreta como una amenaza a la libertad. Una revisión exhaustiva de los determinantes históricos de desconfianza hacia las instituciones sanitarias y la comunidad científica queda fuera del ámbito de este capítulo, pero recordemos, al menos, el “Tuskegee study of untreated syphilis in the negro male” un estudio de la sífilis, patrocinado por el United States Public Health Service, donde no se ofreció consentimiento informado y los pacientes no

recibieron tratamiento con penicilina intencionalmente para estudiar la evolución natural de esta enfermedad (CDC, s. f.). La desconfianza de los pacientes hacia la comunidad científica no solo tiene raíces históricas, sino también impulsores actuales. En un sistema sanitario donde el acceso a la salud esté dictado por los recursos económicos del paciente, ¿cómo se puede asumir el principio de la beneficencia? Cuando las facturas médicas son la causa principal de bancarrota en los EE UU, ¿cómo se puede esperar que algunos no perciban al sistema sanitario como una amenaza?

No sería justo analizar la respuesta estadounidense sin mencionar el papel del liderazgo presidencial en la pandemia. La intención general es aplicar una hermenéutica de tolerancia al juzgar a los demás, pero, a la vez, defender la verdad y evitar repetir los errores de la historia. Es difícil medir el impacto del negacionismo político o calcular las consecuencias de los muros que se erigieron entre ciencia e ideología política. Desde enero a marzo, Trump minimizó la amenaza de la COVID-19 en EE UU (Rieder, 2020). Desde febrero de 2020 a mayo insistió de manera reiterada en que el SARS-CoV-2 simplemente se esfumaría (Blake, 2020). La revista médica The Lancet describe cómo problemas preexistentes ayudaron a explicar la respuesta lenta y desarticulada a la COVID. Entre el 2002 y el 2019, el porcentaje presupuestario nacional dedicado a salud pública cayó del 3,21% al 2,45% y los fondos para preparación de emergencias de salud pública disminuyeron un tercio. En 2018, la Casa Blanca eliminó el National Security council Directorate for Global health Security and Biodefense. En 2017, el Gobierno de Trump desmanteló el Occupational Safety and Health Administration, que se ocupaba de desarrollar normas de control de infecciones transmitidas por el aire en los lugares de trabajo (The Lancet Commisions, 2021). Estos problemas se exacerbaron en el contexto de una coordinación central débil. La dependencia de fuerzas de mercado para suministrar equipos dejó a los estados y hospitales compitiendo para acceder a materiales de protección personal y respiradores. Como se mencionó anteriormente, el Gobierno de Trump rechazó las pruebas diagnósticas de la OMS mientras esperaba el desarrollo y la producción de pruebas nacionales, lo cual impidió avanzar en el testeo y estudio de contactos. La negativa a utilizar una máscara, respetar las medidas de distanciamiento y evitar conglomeraciones desacreditó a las

autoridades sanitarias y entorpeció las comunicaciones (The Lancet Commisions, 2021).

El desarrollo de vacunas y tratamientos

El descubrimiento de vacunas efectivas y el alto nivel de inversión y colaboración entre el gobierno y fabricantes de vacunas representan un punto de inflexión del liderazgo estadounidense en la respuesta a la pandemia. En diciembre de 2020, la FDA concedió una autorización de uso emergente para la vacuna de Pfizer-BioNTech y unos días más tarde se la concedió a la vacuna Moderna. Desde entonces, y hasta la fecha de este escrito, 269.554.116 (el 81,19% de la población) han recibido por lo menos una dosis de vacuna contra la COVID-19 y 230.142.115 tienen una pauta de vacunación completa (el 69,32% de la población de EE UU).

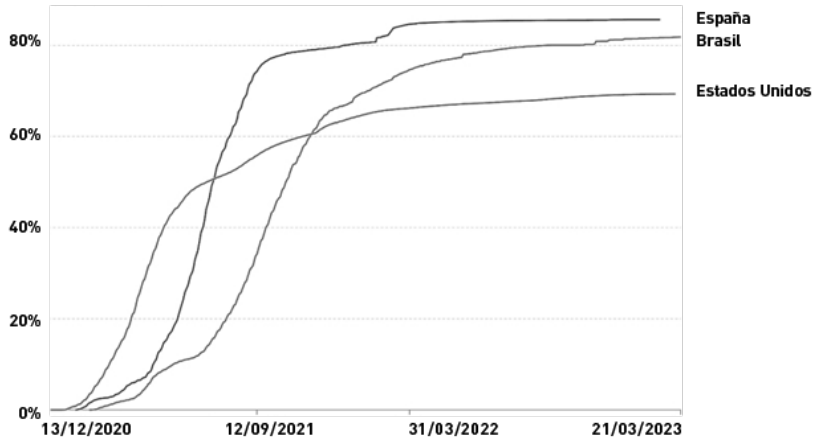
El Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA) invirtió en el desarrollo y producción de vacunas de COVID, mientras que en mayo de 2020, el Gobierno de Trump fundó la Operation Warp Speed. Diez meses más tarde, el BARDA había financiado 19.000 millones de dólares. El desarrollo de vacunas se aceleró por la intensa colaboración sin precedentes entre gobierno e industria farmacéutica. Para diciembre de 2020, a través de la Operation Warp Speed, el Gobierno de Trump compró 300 millones de dosis de vacuna contra la COVID-19 a Pfizer por adelantado para uso en los Estados Unidos y la distribución se puso en marcha (Us Department of Health and Human Services, 2020). Joe Biden asumió la presidencia en enero de 2021 y comenzó su mandato con una meta de 100 millones de vacunaciones en sus primeros 100 días. La vacunación de COVID es gratuita en Estados Unidos y la estrategia se ha servido de múltiples infraestructuras y sistemas existentes para la administración masiva, incluyendo el uso de la red de farmacias. Desafortunadamente, a pesar de estos esfuerzos, el acceso equitativo sigue siendo un reto y las iniciativas para incrementarlo por parte de la CDC y otras organizaciones están en curso (CDC, 2022). El acceso equitativo a nivel global sigue siendo una prioridad máxima directamente relacionada a los derechos humanos; un análisis de este problema merece una

discusión exhaustiva que queda fuera del ámbito de este capítulo. Desde el punto vista nacional, el acceso a las vacunas es relativamente alto, en cambio, la negación a recibir vacunas sigue siendo también relativamente alta, lo cual ha contribuido a la desproporcionada morbilidad y mortalidad presente en los Estados Unidos. Comparado con España, donde (según Our World in Data) el 85,64% de la población está completamente vacunada, en Estados Unidos solo el 69,34% lo está. De nuevo, parece que las dinámicas de desconfianza son el principal motor de la relativa baja cobertura. La Kaiser Family Foundation, a través del proyecto "KFF COVID vaccine monitor", realiza sondeos y analiza la aceptabilidad de vacunación a nivel social. Según sus estudios, la variable más fuerte de rechazo a la vacunación es la preocupación por la seguridad de vacunas. De acuerdo con dichos estudios, existe también una tendencia política en el rechazo vacunal. Se describe, por ejemplo, que antes del desarrollo de vacunas, el 44% de republicanos y el 19% de demócratas creían en una teoría conspiratoria en la que Gates estaba planeando utilizar vacunas para inyectar microchips en la población (Romano, 2020). Algunos meses tras iniciar la vacunación se supo que dos tercios de los demócratas se habían vacunado frente a solo un tercio de los republicanos.

Figura 5

Personas que completaron el protocolo inicial

de vacunación de COVID-19



El descubrimiento de tratamientos representa también un punto álgido de la respuesta estadounidense. El uso de dexametasona en la fase inflamatoria de la COVID-19 con fallo respiratorio hipóxico se incorporó en las guías clínicas nacionales y en la práctica clínica, gracias al estudio Recovery realizado en Inglaterra. El uso del antiviral remdesivir, aunque con resultados menos contundentes, también se incorporó en las guías, al parecer tenía un efecto beneficioso en la fase viral para prevenir la hospitalización y para los pacientes hospitalizados con bajo flujo de oxígeno. El desarrollo de varias preparaciones de monoclonales pareció también proteger frente a la hospitalización en pacientes con coronavirus leve-moderado con factores de riesgo de mala evolución, aunque su eficacia se vio disminuida con los cambios genéticos y la sucesión de variantes. El nirmatrelvir/ritonavir mostró su valor como antiviral para disminuir la hospitalización y la mortalidad en pacientes con factores de riesgos en la fase viral de la enfermedad. Varios fármacos dirigidos a modular la reacción inflamatoria pulmonar en diferentes puntos de la respuesta inmunitaria, como el inhibidor de interleucina 6 (tocilizumab) o la inhibición de JAK (baricitinib), parecen mejorar resultados cuando se suministran en ciertas situaciones clínicas. La mayoría de estas evidencias, con la excepción de la dexametasona, se generaron, por lo menos en parte, en los EE UU. La accesibilidad a los medicamentos ha sido (y sigue siendo) menos sencilla que el acceso a las vacunas. Aunque, en el caso del nirmaltrelvir/ritonavir, el Gobierno de Biden desarrolló un plan de acción para la COVID-19, que incluye la iniciativa Test to

Treat, donde pacientes con diagnóstico microbiológico de COVID pueden acceder de manera gratuita y rápida a este antiviral en muchas farmacias del país (American Thoracic Society, 2021).

A pesar de estos avances, las oportunidades desaprovechadas en la investigación son chocantes. La NIH es la agencia responsable de la investigación de salud pública en Estados Unidos y como tal se encuentra en una posición para poder orquestar una respuesta altamente coordinada de investigación para descubrir las mejores evidencias para tratar la COVID. Si la NIH coordinase estudios clínicos bayesianos adaptativos a gran escala, se podría acelerar y ampliar el descubrimiento de tratamientos efectivos, protegiendo a los pacientes en el ínterin. Este fallo de explotar el potencial de investigación a través del sistema sanitario estadounidense es quizás una oportunidad desaprovechada menos reconocida pero crucial de la respuesta a la COVID.

Los determinantes sociales de salud

Los determinantes clínicos y sociales, en este caso de enfermedad, han contribuido de manera singular a la alta mortalidad y morbilidad de la COVID en Estados Unidos. Como médicos atendiendo a pacientes hospitalizados con coronavirus a lo largo de la pandemia, no es ningún misterio para nosotros qué tipo de pacientes poseen las vulnerabilidades que resultan en peores desenlaces clínicos. Es bien conocido que los pacientes más mayores, obesos y aquellos con comorbilidades como la hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar y los inmunodeprimidos desarrollan formas más graves de la enfermedad. Los Estados Unidos es tierra fértil para muchas de estas comorbilidades. En particular, la obesidad y el síndrome metabólico, que se genera en gran parte por el sedentarismo, la mala alimentación y la dificultad para acceder a cuidados preventivos y terapéuticos. La epidemia de obesidad en Estados Unidos va en incremento y, según el último estudio del National Center for Health Statistics, el 40% de adultos mayores de 20 años son obesos. Existe un impacto diferencial evidente a nivel de incidencia y letalidad de COVID, entre varias etnias y grupos. Las disparidades en los determinantes sociales de salud como los ingresos económicos, salarios, educación, empleo, discriminación y acceso a la vivienda incrementan el riesgo en ciertos grupos étnicos. El racismo institucionalizado en el sistema sanitario se ha medido, por ejemplo, en el menor acceso al trasplante renal entre afroamericanos o la reciente eliminación de la corrección racial en los estudios de función pulmonar que desenmascaró enfermedad pulmonar más prevalente y severa entre pacientes negros (American Thoracic Society, 2021). En total, en los Estados Unidos, personas negras y latinas han incurrido un número total de potenciales años perdidos por la COVID superior al de personas blancas, a pesar de que la población blanca sea 3-4 veces más numerosa. La enfermedad por COVID-19 ha incrementado la brecha de longevidad entre personas negras y blancas en más del 50%

(Andrasfay y Goldman, 2020). Aunque un solo cambio no pueda abarcar todas estas desigualdades en salud, el expandir el acceso sanitario a poblaciones desfavorecidas incrementaría el nivel de salud para todas. Quizás una de las vulnerabilidades más evidentes es simplemente la falta de atención médica para los que carecen de seguro médico.

La ausencia de sistema universal de salud

Estados Unidos es la única nación desarrollada sin un sistema universal de salud, con muchos pacientes sin seguro médico e incluso un mayor número de “infraasegurados”. Esto es a pesar de gastar más dinero per cápita y como porcentaje del producto interno bruto que cualquier otra nación. Los 330 millones de habitantes estadounidenses buscan atención en uno de los sistemas sanitarios más complejos del mundo que se forma por la intersección de múltiples proveedores y entidades pagadoras. Es un sistema mixto donde la contribución pública nutre los sistemas gubernamentales de Medicare (que se centra en el aseguramiento de personas mayores de edad) y Medicaid (que asegura a personas con bajos ingresos). Estos planes gubernamentales coexisten con, y se combinan con, una variedad de planes de cobertura sanitaria privada. A grandes rasgos, y según la sociedad profesional ISPOR, la mitad de los ciudadanos estadounidenses reciben cobertura sanitaria privada a través de sus empleos, 6% a través de seguros privados en el mercado, el 20% a través de Medicaid y el 14% en Medicare. Según algunos informes, más del 10% de la población carece de seguro médico (US Healthcare System, s. f.), aunque en algunos análisis más recientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos, esta cifra se ha estimado en una baja histórica del 8%. Este sistema altamente complejo no solo deja a muchos sin cobertura o con cobertura incompleta, pero también significa que la atención sanitaria no se distribuye a través de los territorios nacionales de una manera predeterminada para cubrir las necesidades de la población, sino de una manera indiscriminada bajo la influencia del lucro económico y la presión del mercado. No solo se trata de dónde y a quiénes llegan los servicios sanitarios, sino también de qué tipo de servicios se priorizan en el sistema, que son aquellos que generan beneficios económicos (sobre todo las cirugías e intervenciones invasivas), lo que conlleva un relativo abandono de la medicina preventiva y la atención primaria. Las personas y comunidades que pueden pagar más, consecuentemente,

reciben más atención sanitaria, incrementándose así la brecha de acceso. En un sistema de estas características, cuando una pandemia como la COVID-19 estalla, el sistema en su conjunto se somete a una gran presión, pero esta ejerce su efecto de una manera más intensa en las zonas y poblaciones infraatendidas. Además, como ya se ha mencionado anteriormente, la pérdida de empleo acompañó la implementación de medidas de distanciamiento físico, llevando a un incremento abrupto del número de personas sin seguro médico, en particular en abril de 2020, con una pérdida estimada de 14,5 millones de seguros privados en comparación con diciembre de 2019, exacerbándose así la brecha de acceso precisamente en el momento de máxima necesidad.

¿Si nuestro sistema sanitario hubiese sido de acceso universal con distribución equitativa de los recursos, como se hubiera desarrollado la pandemia en los Estados Unidos? Un estudio publicado por la revista PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences) en 2022 ha intentado responder a esta pregunta, estimando que en un sistema de acceso universal se hubieran podido salvar más de 330.000 vidas en Estados Unidos desde el inicio de la pandemia hasta marzo de 2022 (Galvani et al., 2022). En este estudio pionero, Galvani y su equipo exploran los mecanismos que disminuirían la mortalidad por COVID en un sistema de acceso universal:

Un mejor acceso a la atención primaria optimizaría el diagnóstico y tratamiento de comorbilidades como la hipertensión, la obesidad y la diabetes, que, como sabemos, están relacionadas con peores desenlaces clínicos en la COVID.

Un acceso precoz al diagnóstico y tratamiento de la COVID. La atención temprana en la COVID incrementa la probabilidad de recuperarse de la infección. Reducir el tiempo al diagnóstico favorece el aislamiento temprano y disminuye la transmisión viral.

Facilitar la aplicación de medidas preventivas. Las tasas de vacunación han sido más bajas en poblaciones negras y latinas. Un impulsor clave de estas disparidades es la falta de acceso equitativo en la atención primaria.

Aliviar la presión en los hospitales durante la pandemia. Una tasa reducida de hospitalizaciones facilitada por un sistema universal de salud hubiera podido amortiguar los picos de COVID-19 y liberar capacidad para atender a enfermos no-COVID, y disminuir así la mortalidad de dichas enfermedades.

Además de estimar las vidas que se hubieran podido salvar, Galvani y su grupo calculan que se pudiera haber ahorrado 105.600 millones de dólares de gastos médicos asociados con hospitalizaciones por COVID-19 en un escenario de sistema universal con un solo pagador a lo largo de la pandemia. Estos beneficios económicos son aparte de los 438.000 millones de dólares que se estiman se hubieran podido ahorrar por año en situación no pandémica, si tuviéramos un sistema universal de pagador único. Algunos mecanismos por los cuales un sistema de acceso universal de salud ahorraría dinero en Estados Unidos son a través de la unificación y eficiencia administrativa, la negociación de precios farmacéuticos y la aplicación uniforme de tarifas tipo Medicare en todo del sistema sanitario (Galvani et al., 2022).

El impacto en el sistema de salud

y los trabajadores sanitarios

En vista de lo dicho anteriormente, la consiguiente pregunta que se plantea es: ¿el sistema sanitario evoluciona en una dirección que corrige las insuficiencias e injusticias que la COVID desenmascaró? ¿De qué manera evoluciona en la actualidad? Un briefing ejecutivo del Advisory Board advierte a directores ejecutivos estadounidense sobre las cosas que deben de saber en función del impacto de la COVID en el sistema sanitario estadounidense. Esto nos permite entrever las dinámicas y adivinar la dirección que actualmente toma nuestro sistema sanitario. En este momento, más que nunca, prevalece una situación de supervivencia del más apto en el mercado de salud, donde las corporaciones más grandes están comprando y asimilando a los hospitales comunitarios y sistemas sanitarios menos solventes, que no han podido sobrevivir el impacto de la COVID. La salud digital está en auge. Las empresas, preocupadas por incrementos abruptos en gasto sanitario, conducen a los trabajadores a pólizas más baratas con menor cobertura. Existe una preocupación de que Medicare se aproxima a la insolvencia y se esperan recortes dirigidos a pacientes y proveedores. Los modelos de asistencia virtual y atención domiciliaria están al alza, igualmente, y arriesgan exacerbar la fragmentación a menos que se equilibren con el acceso equitativo durante su implementación (Yulan et al., 2022). En resumen, parece que la tendencia general es hacia una todavía mayor privatización y monopolización.

El SARS-CoV-2 se ha descrito como un agente que también ha sido capaz de “infectar y afectar la salud financiara de nuestros hospitales y centros de salud”, debido a la necesidad de interrumpir intervenciones clínicas más lucrativas (como las cirugías y otros procedimientos invasivos) para poder atender a pacientes con COVID. Esto se tradujo en trabajadores sanitarios (ya exhaustos por la pandemia) cuidando de un mayor número de pacientes en un

contexto de recortes presupuestarios impuesto por administradores con el fin de recuperar la solvencia. Además, los trabajadores sanitarios asumen una carga cada vez más pesada de trabajo no clínico, como alcanzar objetivos financiaros o cumplir tareas de facturación de servicios. Esta situación ha contribuido a que los trabajadores sanitarios se sientan cada vez más desconectados de los motivos originales que los llevo a elegir la profesión sanitaria; al estado resultante de desconexión y apatía se le ha asignado el término rust out. El éxodo masivo de trabajadores sanitarios se ha denominado la gran resignación. Una expresión de este fenómeno fue la manifestación liderada por enfermeras de los hospitales Monte Sinaí y Montefiore de Nueva York en enero de 2023, donde se reclamaban ratios de enfermera/paciente más seguros y mejores condiciones de trabajo. Esta crisis de recursos humanos será difícil de resolver sin reconocer el valor y la vulnerabilidad de los profesionales sanitarios, reparar la desconfianza entre administradores y empleados, incluir a los clínicos en posiciones de liderazgo y optar por modelos sanitarios que prioricen al paciente frente al lucro. De hecho, el concepto de recurso humano quizás debiera de replantearse. Hasta que los trabajadores sanitarios no sean valorados como objetivos en sí mismo, en lugar de un medio para la ganancia financiera de las instituciones sanitarias, la crisis actual arriesga un escalamiento exponencial.

Prevención de pandemias

Debe de mencionarse que el mayor potencial reside en evitar la aparición de pandemias en primer lugar. El origen del SARS-CoV-2 continúa siendo un área de investigación y debate. Ya sea zoonosis o escape de laboratorio, fortalecer estrategias para prevenir las zoonosis, mejorar los sistemas de vigilancia de microorganismos circulantes y aumentar la transparencia, seguridad y regulación de laboratorios de investigación son todas medidas necesarias. Así como si una conversación y un consenso de cómo, dónde y cuándo realizar investigación viral de mutación con ganancia de función y cómo garantizar una mayor bioseguridad en este campo es un tema prioritario. El papel que desempeñará EE UU en este sentido, a nivel nacional e internacional, queda por verse.

Conclusiones

Nuestro sistema fracasó en muchos sentidos y por muchas razones, incluyendo: fallos de liderazgo, ruptura de confianza, falta de cohesión social, dificultad para coordinar una respuesta en un sistema fragmentado e influenciado por las leyes de mercado, falta de dirección central y ausencia de cobertura universal; determinantes sociales de salud que llevaron a peores desenlaces, un sistema dependiente de trabajadores que rápidamente perdían el empleo en situación de pandemia, el abandono de la prevención en el modelo privado y la falta de test, máscaras, respiradores y sistemas de información. Estos fracasos pueden transformarse en éxitos. Se sugiere capitalizar en lo que ha funcionado, como continuar la inversión y capacitación en investigación y desarrollo, pero quizás dejando que el acceso y la equidad sean ejes rectores de nuestra actividad investigadora; elegir a nuestros líderes y representantes a todos los niveles de manera juiciosa, enfatizando el liderazgo participativo y la toma objetiva de decisiones; entender mejor la matriz social de desconfianza y sinceramente diseñar su reparación; solucionar la crisis de recursos humanos; exterminar el racismo de nuestras instituciones y combatir los determinantes sociales de enfermedad.

La pregunta esencial que debemos de plantearnos como nación es: ¿creemos que el derecho a la salud es un derecho humano? Es más, en palabras del doctor Paul Farmer: “Si el acceso a la salud se considera un derecho humano, entonces, ¿a quién se le considera suficientemente humano para disfrutar ese derecho?”. Si la respuesta a estas preguntas es, respectivamente, “sí” y “todos”, quizás sea el momento de transición a un sistema de salud universal en los Estados Unidos, reclamando en el proceso un enfoque de prevención y acceso, los fundamentos de salud pública y la capacidad de ejecutar una respuesta coordinada a una pandemia. Al mismo tiempo, los valores de libertad y oportunidad que caracterizan a los Estados Unidos deben respetarse y potenciarse.

Como se mencionaba en la introducción, quizás la lección más importante de cómo se enfrentó Estados Unidos a la pandemia pueda sustraerse precisamente de la paradoja de éxito/fracaso; el entender el progreso como la subordinación de los avances tecnológicos al bien común.

A pesar de las dificultades extremas, muchas personas y organizaciones de EE UU mostraron una valentía y capacidad admirables y salvaron muchas vidas. Merece, pues, finalizar este análisis crítico en una nota de agradecimiento y profundo respeto a todos ellos y, en especial, a los que perdieron la vida atendiendo a los pacientes con COVID.

Bibliografía

Aaron, Daniel G. (2020): "COVID-19 Policies and Constitutional Violations", Bill of Health. Disponible en https://bitly.ws/U4M9.

Altman, Drew (2020): "Understanding the US failure on coronavirus", BMJ, 370:m3417.

American Thoracic Society (2021): "Removal of 'Race Correction' in Pulmonary Function tests shows more prevalent and severe lung disease among black patients", notas de Prensa de la American Thoracic Society International Conference, 16 de mayo.

Andrasfay, T y Goldman, N. (2020): "Reductions in 2020 US life expectancy due to Covid-19 and the disproportionate impact on Black and Latino populations", medRxiv, 15 de octubre. Disponible en https://bitly.ws/U4UE.

Blake, Aaron (2020): "Trump says coronavirus will disappear without a vaccine. Fauci has said the opposite", The Washington Post, 9 de mayo.

Bartik, Alexander et al. (2020): "The impact of Covid-19 on Small Buiselness Outcomes and Expectations", PNAS, 117(30), pp. 17656-17666.

Blumenthal, David et al. (2020): “COVID-19 -Implications for the Health Care System”, New England Journal of Medicine, 10.1056.

Bollyky, Thomas J. et al. (2022): “Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Step 30, 2021”, Lancet, 399.

CDC (2022): “COVID-19 Vaccine Equity for Racial and Ethnic Minority Groups”, 29 de marzo.

— (s. f.): “Tuskegee Study and Health Benefit Program”, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Disponible en https://bitly.ws/U4Np.

Galvani, Alison P. et al. (2022): “Universal health care as pandemic preparedness: The lives and costs that could have been saved during the COVID-19”, PNAS, 13 de junio.

Hopkins University (s. f.): “COVID-19 dashboard”, Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Disponible en https://covidbehaviors.org/.

Hyman, David A. y Silver, Charles (2020): “Pandemics and policy”, Cato Institute, 15 de septiembre.

Khazan, Olga (2020): “Why We’re Running out of Masks. The United States’ secretive medical stockpile was preppref or a bombing, not a pandemic”, The Atlantic, 10 de abril.

Miller, Jake (2021): “Care, Cure and Context. Historians explore 150 years of social medicine at Harvard Medical School”, blog, 30 de septiembre. Disponible en https://bitly.ws/U4Vb.

Mutikani, L. (2021): “US economy loses jobs as COVID-19 hammers restaurants, bars”, Reuters.

Rieder, Rem (2020): “Trump’s Statements About the Coronavirus”, Factcheck.org, 19 de marzo.

Romano, A. (2020): “New Yahoo News/Your Gov poll shows coronavirus conspiracy theories spreading on the right may hamper

vaccine efforts”, Yahoo News, 22 de mayo.

School of Humanities, Arts and Social Sciences (2021): “What the pandemic revealed about the US health care system – and what needs to change?”, Seven MIT, 5 de abril.

The Lancet Commisions (2021): “Public policy and health in the Trump era”, The Lancet, vol. 397, nº 10275. Disponible en https://bitly.ws/U4QZ.

Us Department of Health and Human Services (2020): “Fact Sheet: Explaining Operation Warp Speed”, Estados Unidos, 10 de noviembre.

US Healthcare System Overview-Background (www.ispor.org).

Wikipedia (s. f.): “COVID-19 Protests in the United States”.

Wikipedia (s. f.): “COVID-19 Testing in the United States”.

Yulan, Egan et al. (2022): “16 Things CEOs Need to Know in 2022”, Advisory Board.

Capítulo 7

La influencia del medioambiente en la salud

y en los sistemas sanitarios

Carmen Sánchez Bellido

La devastación causada por los eventos climáticos a nivel mundial en 2021 y 2022, agravados con los efectos de la COVID-19, supone una mayor presión a los servicios de salud, ya debilitados por efecto de la pandemia y la deriva de la economía mundial sobre las poblaciones, en especial hacia las más empobrecidas y vulnerables, según señala el reciente informe Lancet Countdown (Romanello, 2022), sobre salud y cambio climático.

La generación de energía dominada por los combustibles fósiles sitúa al mundo en la senda de un aumento catastrófico de 2,7 °C para finales de siglo. Las muertes relacionadas con el calor se incrementaron un 68% entre 2017-21, bien por efecto de la exposición o por el agravamiento de enfermedades preexistentes, por la exposición al frío extremo como desencadenante de ciertas enfermedades (CRED, 2020) y por otros fenómenos meteorológicos extremos cada vez más frecuentes (tormentas e inundaciones). Dichos fenómenos facilitan la propagación de enfermedades infecciosas y el incremento del riesgo de las emergentes y nuevas pandemias.

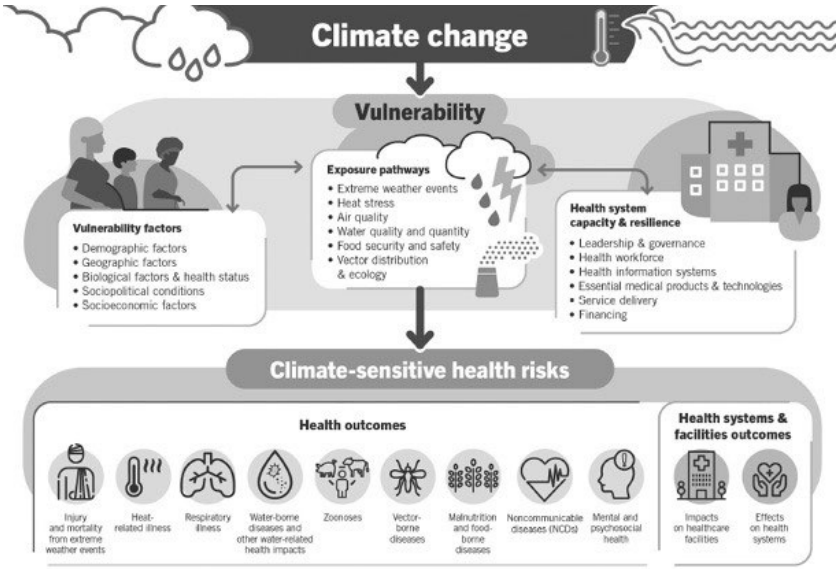
Asimismo, la OMS, en su informe Climate change and health (2021), estima que, entre 2030 y 2050, el cambio climático causará unas 250.000 muertes adicionales cada año debido a la malnutrición, al paludismo, la diarrea y al estrés calórico. Las zonas con malas infraestructuras sanitarias —en su mayoría en países en desarrollo— serán las menos capacitadas para prepararse y responder frente a esos cambios si no reciben ayuda.

La OMS hizo pública una lista de problemas sanitarios urgentes de dimensión mundial que, en consecuencia, transmite una profunda

inquietud por el hecho de que los dirigentes no estén invirtiendo suficientes recursos en los sistemas de salud y en las prioridades sanitarias fundamentales, cosa que pone en peligro vidas, medios de sustento y sistemas económicos (OMS, 2020).

Figura 1

Riesgos sanitarios por el cambio climático



Fuente: WHO.

El economista y estadístico español, José Manuel Naredo, Premio Nacional de Economía y Medioambiente, señala (Naredo, 2021) que la actual pandemia no es un accidente natural ajeno al comportamiento humano, sino un accidente natural propiciado por las actuaciones que el sistema económico ha venido fomentando (ganadería industrial, las megalópolis, “la movilidad”, el expolio territorial…) y amplificado por los recortes en los presupuestos de la sanidad pública o los afanes de privatizarla en aras de obtener

beneficios económicos que están pasando ahora factura con la pandemia.

Nos indica que la pretensión de avanzar hacia un mundo social y ecológicamente más equilibrado y estable y hacia escenarios ecológica y socialmente más saludables implica cuestionar las actuales tendencias expansivas de la mercantilización de la vida en general.

Las enfermedades emergentes

El crecimiento de la población mundial, el desarrollo del turismo internacional a lugares inhabitados, la deforestación que ha provocado el desplazamiento de los animales de sus hábitats o la aglomeración masiva de animales en grandes explotaciones, entre otros factores, favorece el contacto estrecho entre animales y seres humanos y, por tanto, las zoonosis (Garzón, 2022).

El calentamiento, asimismo, altera los ciclos migratorios de ciertos animales, al tiempo que facilita el asentamiento y consolidación de aquellos que son vectores de transmisión de enfermedades, sobre todo insectos —mosquito tigre en España— en zonas y regiones donde hasta entonces no era posible que sobrevivieran.

Crisis energética

El informe Lancet Countdown expone que:

La actual crisis energética y del coste de la vida está socavando aún más los determinantes socioeconómicos de los que depende la buena salud. El número de personas sin acceso a la electricidad aumentó en 2020 mientras las empresas de gas y petróleo están registrando ganancias récord. Sus estrategias de producción siguen minando la vida y el bienestar de las personas. Por otra parte, la biomasa representa hasta el 31% de la energía consumida en el sector doméstico a nivel mundial en su mayoría procedente de fuentes tradicionales, una proporción que aumenta hasta el 96% en los países de IDH bajo. La carga de enfermedad asociada es considerable, ya que en 2020 el aire en los hogares superó las directrices de la OMS sobre las concentraciones seguras de contaminación atmosférica por pequeñas partículas.

Contaminación atmosférica

Los contaminantes climáticos de vida corta, como el carbono negro, son poderosos vulneradores del clima con consecuencias negativas sobre el calentamiento global y su impacto en la salud. En todo el mundo, cerca de 7 millones de muertes prematuras fueron atribuibles a la contaminación del aire ambiental en 2016. Alrededor del 88% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios.

La exposición a altos niveles de contaminación del aire puede causar una variedad de resultados adversos para la salud: aumenta el riesgo de infecciones respiratorias, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y cáncer de pulmón, las cuales afectan en mayor proporción a población vulnerable, niños, adultos mayores y mujeres.

Sin embargo, se perciben grandes diferencias entre grupos de población y localidades geográficas, teniendo en cuenta la diferente vulnerabilidad a los efectos del cambio climático vinculada al grado de exposición, a las diferencias en la sensibilidad y la capacidad de adaptación de las personas o colectivos

Quienes residen cerca de carreteras o recintos industriales, a menudo, están expuestos a elevados niveles de contaminación ambiental exterior y las personas que usan combustibles sólidos como fuente de energía doméstica pueden ser las más afectadas por la contaminación del aire ambiental en espacios interiores (OPS, s. f.).

Respecto a las emisiones de incineradoras de residuos, un nuevo informe publicado por Zero Waste Europe, sobre la investigación de estas en España y otros países europeos, revela la existencia de altos niveles de contaminantes orgánicos persistentes (COP) en las proximidades de las incineradoras de residuos. Según este informe, España vuelve a encabezar la contaminación por emisiones de

incineración de residuos en Europa.

En los últimos años, la práctica totalidad de la población española y europea viene respirando aire contaminado, incumpliendo los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualizados en 2021. Esta situación ha sido puesta de manifiesto por la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) y, en nuestro país, por los informes sobre la calidad del aire en el Estado español que desde hace década y media viene publicando anualmente la organización Ecologistas en Acción (Eárea, 2021).

Las últimas estimaciones globales de la AEMA y la OMS sobre la repercusión sanitaria de la contaminación atmosférica son muy preocupantes. Elevan en torno a 400.000 las muertes prematuras en los países europeos por la mala calidad del aire en 2019. En España, las víctimas de la contaminación fueron ese año 2019 hasta 30.000, lo que supone duplicar los 16.000 fallecimientos prematuros anuales que se estimaban hace apenas dos décadas.

El tráfico motorizado, concretamente el coche privado, es el principal responsable de la calidad del aire en las ciudades. La población infantil y adolescente es especialmente vulnerable a los riesgos de salud provocados por los diversos contaminantes que inhalamos 20.000 veces al día.

Una investigación del ISGlobal de la Universidad de Barcelona, en el marco del proyecto BREATHE, estudió el impacto de la contaminación en el aire de las ciudades sobre el desarrollo cognitivo de los niños. Se observó que los que van a escuelas con mayores niveles de contaminación procedente del tráfico tienen un menor desarrollo cognitivo (ISGlobal, s. f.).

Calentamiento global

La Agencia Internacional de la Energía revela que en el año 2021 se alcanzó un nuevo récord mundial de emisiones de dióxido de carbono.

Las emisiones de gases de efecto invernadero en España en 2022 fueron 305 millones de toneladas de CO2 equivalente, lo que supone un 5,7% más que en 2021, según el último informe Evolución de las emisiones de gases de efecto invernadero en España del Observatorio Sostenibilidad (2021).

En la formación o dispersión de los contaminantes en la atmósfera influyen sobremanera los incendios forestales, originados principalmente por factores como el calentamiento global. A su vez, la abundancia de incendios incrementa la temperatura general del planeta. También los incendios masivos de la Amazonía y América Central (a fin de ocupar ilegalmente el terreno y extraer madera en áreas de reservas naturales y territorios indígenas) ocasionan un gran impacto medioambiental.

El pasado año fue el quinto más caluroso en todo el mundo desde que hay registros y el segundo en Europa, de acuerdo con el Servicio de Cambio Climático de Copernicus (C3S) de la Unión Europea. Para muchos países, entre ellos España, que vivió, según datos de la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el ejercicio más caliente y seco. Desde que hay registros, el 2022 ha sido el año con la temperatura anual más alta desde, al menos, 1950.

Los últimos ocho años han sido los más cálidos anotados, alerta el C3S. De hecho, en algunos puntos del globo han sido “de récord”, como, por ejemplo, Europa o la Antártida (C3S, 2023).

El Arctic Report Card de la Administración Nacional de los Océanos y la Atmósfera (NOAA, 2022) destaca que “el pasado año se aceleró el deshielo en los casquetes polares” y que “esta región se está

calentando cuatro veces más rápido que el conjunto del planeta". Copernicus, con su red de satélites, explica que el Ártico ha perdido ya el 40% del hielo que tenía hace 44 años, mientras que la Antártida "presenta su mínima cobertura de hielo desde que hay registros".

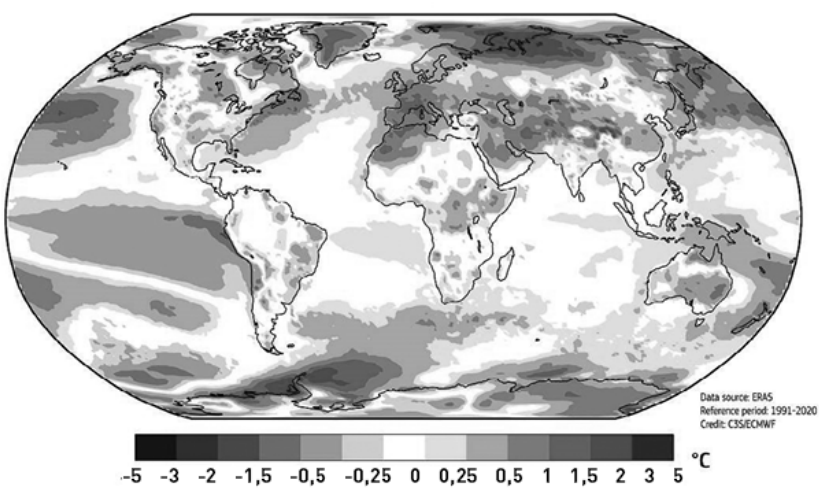
El informe del C3S, titulado Datos destacados del clima mundial en 2022, indica que se han obtenido récords de temperatura máxima, de incendios (en España, casi 306.000 hectáreas de territorio han sido calcinadas en el año 2022 por esta causa, el peor dato en 15 años) y de concentraciones de gases de efecto invernadero en la atmósfera.

Los incendios, junto con el deshielo y los eventos extremos, nos señalan la gravedad y velocidad del cambio climático.

Figura 2

Mapa de la anomalía de temperatura del aire (°C) para 2022,

relativo a 1991-2020



Fuente: ERA5. Copernicus Climate Change Service (C3S)/

ECMWF.

Los resultados de un estudio con datos de 93 ciudades europeas, publicado en The Lancet y liderado por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), indican que las ciudades son especialmente vulnerables a las altas temperaturas. La menor vegetación, la mayor densidad de población y las superficies impermeables de edificios y calles, incluido el asfalto, provocan una diferencia de temperatura entre la ciudad y las zonas circundantes. Un fenómeno denominado isla de calor urbana.

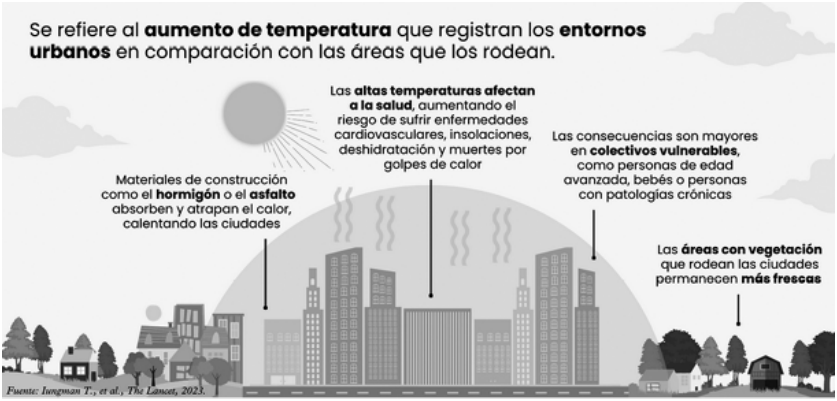
Según el estudio,

de junio a agosto de 2015, las ciudades fueron en promedio 1,5 °C más calientes que las áreas circundantes. 6.700 muertes prematuras pueden atribuirse al aumento de las temperaturas urbanas, lo que representa el 4,3% de la mortalidad total durante los meses de verano y el 1,8% de la mortalidad durante todo el año. Un tercio de estas muertes (2.644) podrían haberse evitado aumentando la cubierta arbórea hasta un 30% del espacio urbano, con lo que se reducirían las temperaturas.

En general, las ciudades con mayores tasas de exceso de mortalidad por calor se encontraban en el sur y el este de Europa.

Figura 3

El efecto de la isla de calor urbana



Fuente: Iungman et al., The Lancet, 2023.

Pérdida de la biodiversidad

La organización Ecologistas en Acción, tras analizar diversos estudios científicos, planteó una propuesta de 62 medidas para detener la pérdida de biodiversidad. En dicho trabajo nos alerta de que:

la tasa de extinción de especies es en la actualidad 1.000 veces superior a los niveles naturales. Esa pérdida de biodiversidad y ecosistemas supone una amenaza para el funcionamiento del planeta, nuestra economía y el bienestar de la sociedad humana. Varios informes científicos han confirmado la gravedad de la situación, y advierten que casi dos tercios de los servicios de los ecosistemas en todo el mundo están en declive, por lo que, si la situación no cambia, el deterioro anual del bienestar provocado por la pérdida de servicios ecosistémicos equivaldrá al 6% del PIB mundial.

Asimismo, se destaca que en 2001 todos los jefes de Gobierno de la Unión Europea se comprometieron a detener la pérdida de biodiversidad para 2010 y que la Unión Europea ha fracasado en su objetivo. Dicho fracaso se achaca a la falta de adopción de medidas realmente necesarias para detener la pérdida de biodiversidad, ya que no se tuvieron en cuenta las raíces socioeconómicas de ésta ni se condicionaron las diferentes políticas sectoriales a las necesidades de la conservación y regeneración de la naturaleza.

Influencia del clima en la alimentación

El actual modelo agroalimentario es uno de los principales emisores de gases de efecto invernadero (GEI), generadores del cambio climático, con una contribución total que puede llegar hasta el 21-37%.

En relación con los recursos pesqueros, los ciclos de la vida marina se ven afectados por la acidificación de forma gradual de los mares y esta pone en riesgo a especies y ecosistemas marinos, y altera los equilibrios ecológicos y meteorológicos.

Los recursos ganaderos también se ven afectados por la dificultad para la alimentación animal y por efectos directos sobre el bienestar animal. Todo ello sumado al bajo rendimiento de los cultivos y el impacto en la cadena de suministros crea una mayor crisis alimentaria (en 2020 el hambre afectó hasta a 161 millones de personas más).

Las consecuencias de la actual crisis alimentaria global son detonantes de importantes crisis sociales y, consecuentemente, de movimientos migratorios humanos, en especial desde países más vulnerables.

En el Estado español, de acuerdo con el último informe de 2022 de la Coordinadora de Organizaciones de Agricultores y Ganaderos (COAG), en caso de alcanzarse una subida de 2 °C, se perdería en España un 15% de la cosecha de trigo y un 20% de la cosecha de alta calidad del vino (en 2022 se produjeron daños en la agricultura por efecto de fenómenos climáticos como inundaciones, heladas primaverales, incendios, sequía… que se han plasmado en un incremento de indemnizaciones de seguros agrarios del 60% con respecto al año anterior).

Por otra parte, la extensión en el uso de plaguicidas junto con las alteraciones climáticas juega un papel clave en la disminución de

las poblaciones de insectos polinizantes, que afecta negativamente a los rendimientos de los cultivos (Ecologista, 2020).

En el informe de la AEMA citado anteriormente, se destaca a Italia y España como los dos países europeos con mayores daños sobre la agricultura por exposición a altos niveles de ozono. Esta exposición provoca importantes problemas a la vegetación y disminuye el rendimiento de los cultivos. En nuestro país se ven afectados 122.000 kilómetros cuadrados, dos terceras partes de la superficie cultivada.

Recursos hídricos

ONU por el Cambio Climático advierte que el incremento de solo 1 °C de la temperatura supondrá una reducción del 20% de los recursos hídricos renovables y afectará a un 7% adicional de la población, por lo que resulta indispensable acotar el incremento de temperatura lo antes posible.

El Quinto Informe de Evaluación del IPCC (AR5, 2014), de proyecciones sobre el cambio climático durante el siglo XXI, indica que se reducirán los recursos de aguas superficiales y aguas subterráneas en la mayoría de las regiones secas subtropicales (IPCC, 2014). La falta de precipitaciones en algunos puntos del Viejo Continente ha dejado las reservas de agua al mínimo (C3S, 2023).

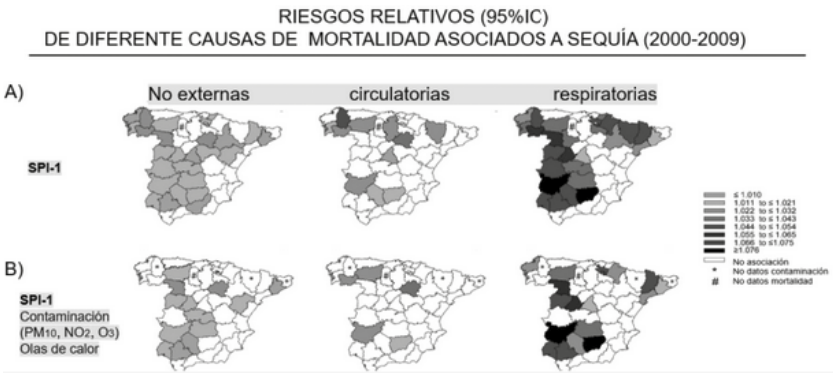
La contaminación de los recursos hídricos (las lluvias intensas y las inundaciones transportan contaminantes y patógenos a causa de las escorrentías de aguas continentales y los desbordamientos de aguas residuales) y su agotamiento degradan los ecosistemas y producen una reducción de la productividad agrícola, lo que impacta en la alimentación y en el incremento de enfermedades transmitidas por estos.

Por otra parte, una reciente investigación revela que el agua de lluvia no es ya potable en ningún lugar del mundo por contener altos niveles de compuestos perfluorados y polifluorados (PFA), sustancias químicas que son cancerígenas, hepatotóxicas, inmunotóxicas y tóxicas para la reproducción, el desarrollo y el comportamiento (Cousins, 2022).

Un estudio sobre el impacto de la sequía sobre la mortalidad diaria no externa en España, publicada por la AEMET (Salvador, 2020), reveló un mayor impacto en la mortalidad circulatoria y respiratoria de la población. Las provincias de interior resultaron afectadas con más fuerza.

Figura 4

Impacto de la sequía sobre la mortalidad diaria no externa en España



Fuente: Aemetblog.es.

Las desigualdades y la pobreza

El cambio climático, junto con otros factores derivados de las actuales reglas de juego económicas, está socavando muchos de los determinantes sociales de la buena salud, como los medios de subsistencia, la igualdad, el acceso a la atención sanitaria y las estructuras de apoyo social.

El informe El cambio climático y la pobreza del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas (2019) señala que, a finales de este siglo, con un incremento de 2 °C en la temperatura media del planeta, se sumarán entre 100 y 400 millones de personas adicionales a las que en 2019 ya sufrían hambre; y entre 1.000 y 2.000 millones de individuos se agregarán a las personas que no tenían acceso al agua segura.

El informe prevé que la población más afectada será la de las personas en riesgo de exclusión social y vulnerables, como las mujeres, los niños, las minorías étnicas, las comunidades pobres, los migrantes o desplazados, las poblaciones de edad avanzada y las personas con problemas de salud subyacentes. Por ello, las actuaciones no deben dirigirse únicamente hacia la emergencia climática y medioambiental, sino que es necesario implementar medidas que minimicen la vulnerabilidad de las personas a nivel mundial.

El mismo informe sostiene que, desde principios de este siglo, la tasa de mortalidad por desastres es siete veces mayor en países empobrecidos que en países de altos ingresos, cuando la mitad de la población mundial empobrecida genera apenas un 10% de las emisiones de carbono, mientras que el 10% de los habitantes más ricos son responsables de la mitad de las emisiones (Oxfam, 2020).

El informe SESPAS de 2022 sobre Cambio climático y salud señala que la vinculación entre pobreza, desigualdades socioeconómicas y el impacto del cambio climático genera también un incremento de

desplazamiento poblacional y un gran crecimiento de la población urbana. Esto da como resultado grandes consumos de energía con emisión de gases de efecto invernadero, contaminación atmosférica y por ruido, con incremento de enfermedad cardiovascular, respiratoria y mental.

Las mujeres, más afectadas por el deterioro medioambiental

El cambio climático en general, en el mundo, está afectando más a las mujeres. Sobre todo, pone en peligro la supervivencia de aquellas que están ligadas al campo, por la desertificación de las tierras y la pérdida de agua.

Los roles y empleos impuestos a niñas y mujeres en muchos países del mundo, las hacen más dependientes de los recursos naturales. Su capacidad de adaptación al cambio climático es menor debido a los obstáculos que encuentran para acceder a recursos técnicos o económicos o porque se les niega la propiedad de la tierra.

Durante las épocas de sequía, las mujeres deben trabajar más para obtener recursos para sus familias. Las niñas deben abandonar la escuela, circunstancia que luego se traducirá en menores oportunidades laborales y de mejora económica, incrementando la desigualdad (ONU Mujeres, 2022).

Por otro lado, las sociedades industriales desarrolladas tienen zonas urbanas con alto índice de polución atmosférica y la afectación de las mujeres también es mayor en los casos de contaminación por disruptores endocrinos, como las dioxinas cuando se desprenden de las incineradoras y alteran todos los ejes hormonales (por ser la mujer más bioacumuladora química de estos productos que se almacenan en la grasa).

Asimismo, estos disruptores también afectan al hombre: atrofia el testículo, lo que implica una menor producción de espermatozoides y más cáncer de testículo (Juaristi, 2021).

Cambio climático y salud mental

El informe de la OMS de 2022 señala este aspecto de la salud como prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático. Llega a la conclusión de que el calentamiento global plantea graves riesgos para la salud mental y el bienestar. Por consiguiente, la organización insta a los países a que incluyan recursos para ella en su respuesta a la crisis climática. Las conclusiones del informe coinciden con las de otro informe del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) en el sentido de que la rapidez del calentamiento supone una amenaza cada vez mayor para la salud mental al provocar trastornos que van desde el malestar emocional hasta la ansiedad, la depresión, el dolor o las conductas suicidas.

La OMS expone en su informe, asimismo, que los efectos del cambio climático en la salud mental se distribuyen de forma desigual entre determinados grupos que se ven perjudicados de manera desproporcionada, debido a factores como la situación socioeconómica, el género o la edad. Ahora bien, es evidente que el cambio climático afecta a muchos de los determinantes sociales que ya están conduciendo a enormes cargas de la salud mental en todo el mundo.

El impacto de la crisis climática está agravando la situación ya de por sí sumamente complicada en que se encuentran los servicios de salud mental a nivel mundial. Casi mil millones de personas viven con trastornos mentales, pero, en los países de ingreso bajo y medio, tres de cada cuatro personas no tienen acceso a los servicios necesarios (OMS, 2022).

El cambio climático tiene implicaciones importantes para la salud y el futuro de la población infantil y juvenil. Una investigación a gran escala, publicada en The Lancet, sobre la ansiedad climática en esta población de todo el mundo y su relación con la percepción de la respuesta gubernamental aduce que su poco poder para limitar el

daño les hace vulnerables a dicha ansiedad (Hickman, 2021).

Los sentimientos y emociones derivadas del impacto ambiental y climático son muy variadas, y pueden ir desde el miedo y la ira hasta la culpa, la impotencia o la resignación o de una angustia indirecta ante el futuro general del planeta.

De aquí que se señale el importante papel de los medios de comunicación:

Tienen un reto por delante a la hora de mostrar un mosaico más complejo de emociones relativas al cambio climático, de forma que no queden totalmente oscurecidas las emociones positivas que impulsan a la acción y al compromiso… y a la posible transmutación de unas emociones negativas y paralizantes en otras positivas que llaman a la acción (Martín-Sosa, 2023).

Deterioro de los sistemas sanitarios

De acuerdo con el IPCC, en las áreas geográficas, a medida que aumenta la temperatura global, hay mayor riesgo de expansión de enfermedades zoonóticas (ébola, COVID…).

A tenor del deterioro de los sistemas sanitarios y su papel en la resolución de estas crisis sanitarias a nivel mundial, Allyson Pollock, profesora de Política e Investigación de la Salud Pública en la Universidad Queen Mary de Londres, ya analizaba en 2014 los orígenes de la crisis del ébola y el papel que juega la Organización Mundial de la Salud, en esta y otras crisis (en la actualidad, la de la COVID-19), como autoridad internacional mundial en materia sanitaria. Muestra que la OMS tiene poderes para elaborar leyes, pero desde hace muchos años se le viene privando sistemáticamente de fondos y esa financiación está vinculada a todo tipo de condiciones fijadas por grandes ONG mundiales cuyos programas atienden enfermedades, pero sin estar enraizados en los imprescindibles sistemas de sanidad pública.

Las epidemias, como conflictos a nivel estructural, social, económico y medioambiental, necesitan solucionarse poniendo en marcha medidas de salud pública en todos los sectores y, por encima de todo, se necesitan sistemas sanitarios competentes que dispongan de personal bien formado e instalaciones donde se pueda aislar a la gente y hacer “rastreo de contactos”.

A nivel general, Pollock explica que todo el gran colapso ocasionado por epidemias de enfermedades infecciosas no se debe tratar exclusivamente con medicinas y vacunas, sino también con medidas redistributivas, que incluyan saneamiento, nutrición, vivienda digna y, sobre todo, una verdadera democratización, así como reconstruir la infraestructura de la sanidad pública, y eso incluye introducir o potenciar la atención sanitaria primaria en la comunidad, unidades de control de las infecciones a nivel comunitario y formar al personal.

Aduce también que, por el contrario, reducir el nivel de los servicios públicos disponibles crea un clima de descontento, encaminando a la gente de las clases medias hacia la atención privada y seguros sanitarios, y a desertar así de nuestros sistemas públicos de salud. Esto puede suponer la vulneración de nuestro derecho a disponer de una sanidad universal.

Salud laboral

Los fenómenos de temperaturas extremas están creando nuevos retos para la salud, la seguridad y el bienestar de la población trabajadora. En el caso de episodios de calor extremo, se incrementa hasta un 9% el riesgo de accidente laboral, según estudios realizados por el Instituto de Salud Global de Barcelona (2018).

Una parte del aumento de la mortalidad observado respecto a la registrada bajo las condiciones meteorológicas normales de cada localidad está relacionada con exposiciones laborales a temperaturas ambientales extremas. Estos episodios incrementan los riesgos para la población trabajadora, sobre todo cuando se suman a factores de estrés térmico laboral preexistentes, como el uso de equipos de protección individual, que dificulta la disipación del calor corporal, o el esfuerzo físico que requieren ciertos trabajos.

Claudia Narocki, investigadora del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) y autora del informe, los episodios de altas temperaturas como riesgo laboral (2022), recientemente presentado por ISTAS-Fundación 1º de Mayo, asegura que el calor puede provocar patologías a medio y largo plazo (vasculares, respiratorias, renales, etc.) y empeorar patologías preexistentes.

Sin embargo, el informe apunta a que el calor apenas es reconocido como un riesgo laboral y que ni gobiernos ni empresas están haciendo lo suficiente para planificar las acciones que minimicen sus impactos.

Por otra parte, en exteriores hay menos control porque la ley no establece límites claros a partir de qué temperaturas o en qué situaciones deberían tomarse medidas de prevención.

Olas de calor, un riesgo laboral emergente

ISTAS (2022) evidencia, de igual forma, que

durante los últimos decenios, también, se ha ido ampliando el abanico de ocupaciones expuestas: industrias y servicios que utilizan el calor como parte de sus procesos productivos, ocupaciones en exteriores como la agricultura y la construcción y aquellas que se realizan en exteriores o en interiores sin aislamiento térmico adecuado o no paran durante las horas más calurosas del día, las que demandan esfuerzo físico o que se realizan en zonas recalentadas de la ciudad o junto a equipos que emiten calor, etc. (reparto en bicicleta, vigilancia de zonas de aparcamiento, reparaciones o instalaciones en exteriores…).

El estrés térmico refleja la desigualdad social y la incrementa. Así, las ocupaciones con mayor exposición, fruto principalmente de la menor prevención, suelen ser las que tienen salarios más bajos o en las que se cobra a destajo y las que realizan personas afectadas por otros factores de vulnerabilidad social, como carecer de contrato fijo, de representación sindical, no disponer de “papeles”, etc.

Salvar el medioambiente humano.

Cuidar nuestra salud

En una situación de emergencia medioambiental es necesario actuar sobre todos los sectores implicados (prioritariamente sobre el modelo energético centrado en el consumo de combustibles fósiles, sobre el impacto negativo de los procesos industriales y sobre el transporte), potenciando el sector público con infraestructuras para el uso social —ferrocarril y otras— como alternativa al transporte privado. El objetivo es descarbonizar la economía y alcanzar una neutralidad de emisiones globales, a ser posible, antes de 2040.

También son necesarias acciones en agricultura, alimentación, usos del suelo, así como en bosques, humedales mares y otros sumideros naturales.

El IPCC y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente nos orientan sobre la magnitud de la reducción de emisiones globales que necesitamos para este reto, del orden del 7,6% anual durante esta década, muy alejado de las tendencias de emisiones actuales.

No basta solo con invertir en reducción de emisiones. Sería deseable acabar con los subsidios a la industria de los combustibles fósiles y construir un sector energético público que esté basado en un sistema energético descarbonizado.

El profesor de la Universidad Autónoma de Madrid Jorge Riechmann, que ha dedicado su extensa obra a analizar la dimensión de la crisis ecológica, afirma (La Vanguardia, 2022) que la demanda colectiva humana se sitúa por encima de la biocapacidad de la Tierra desde los años 1970-1980 y que tenemos dos grandes horizontes de acción: o el “aplazamiento, aun a riesgo de llegar a un punto de irreversibilidad”, o “acelerar la transición ecológica para prescindir cuanto antes de los combustibles fósiles”.

La primera opción sería letal, en su opinión.

No obstante, la posibilidad de una transición energética al “100% renovable”, sin merma del crecimiento económico, compromete buena parte de los recursos minerales de la Tierra para seguir manteniendo un modelo de uso energético, en sus palabras, “colonial y ecocida”.

Incluso en escenarios optimistas de mitigación, el cambio climático producirá daños ingentes, mayores cuanto más elevado sea el incremento de la temperatura global, por lo que se necesita una gran inversión en adaptación y en la compensación de daños, muy superior a lo que se está manejando actualmente.

[...] el calentamiento global, más bien hay que hablar de tragedia climática, no significa algunas molestias más para nuestra vida cotidiana, como un poco más de calor en verano, disponer de algo menos de agua de lo que solíamos; lo que está en juego son sociedades inviables en una Tierra inhabitable.

[...] necesitamos una rápida transición a un modelo 100% renovable… aquel modelo nuevo, renovable, solo podrá proporcionar una fracción de la energía que estamos usando ahora y nos parece normal. Hemos de vivir con menos y vivir de otra manera, y eso pone sobre la mesa, con mucha fuerza, las cuestiones de redistribución e igualdad social.

Hace mucho que en los países centrales el sistema el crecimiento se ha convertido en antieconómico: los aspectos destructivos prevalecen ampliamente sobre los constructivos. Por eso necesitamos decrecer…

(“Manifiesto de Alianza por el Clima”, Ecologistas en Acción, 2021)

En el mismo sentido, Antonio Turiel, investigador del CSIC, en su comparecencia en la Comisión de Transición Ecológica del Senado señaló las dificultades para la implantación de las energías

renovables y sostuvo la idoneidad del decrecimiento “los combustibles fósiles (petróleo, carbón y gas) han comenzado su declive o están a punto de hacerlo, y las renovables no pueden sustituirlos siguiendo el modelo actual”. Considera que la tecnología no va a servir para hacer frente a la situación si no abandonamos la idea de crecimiento (Turiel, 2021).

Por nuestra supervivencia y la del planeta, ese decrecimiento ha de ser socialmente justo y democráticamente planificado.

La Alianza por el Clima, en 2021, por su parte, urgía a dar una orientación justa a la transición ecológica con la recomendación de abordar en ella muchos otros aspectos sociales como la reducción de las desigualdades, la disminución de la jornada laboral y un mejor reparto del empleo y de los cuidados.

Conferencia de las Naciones Unidas

sobre el Cambio Climático COP 27

Entre los acuerdos de la conferencia se recogió la necesidad de crear un fondo para las pérdidas y los daños que sufren los países más vulnerables ante el cambio climático. Los países que más han contribuido históricamente al aumento de las emisiones son quienes deberán nutrir este fondo económico. Para su diseño se debería contar con la participación de las plataformas sociales presentes en las negociaciones.

Un logro social fue el conseguir que finalmente apareciera una mención a los derechos humanos en el texto final (aunque únicamente en el preámbulo).

Sin embargo, en las medidas sobre la reducción de emisiones y en el fin de todos los combustibles fósiles hubo escasos avances respecto a la cumbre previa. Tampoco se fue capaz de descartar la energía nuclear y el gas como “energías de bajas emisiones”.

Respecto a la financiación, se abrió la puerta a la financiación privada. Para la adaptación no hubo acuerdo con la nueva cifra, estando todavía pendiente el movilizar lo comprometido en el Fondo Verde para el Clima (que se utilizará para financiar la transición justa en el sur global en particular).

Es preciso asegurarse de que las medidas respecto al clima se tomen de un modo que no se vulneren derechos humanos y que se reduzca la desigualdad en lugar de incrementarla. También es preciso proteger los derechos de las personas desplazadas o en peligro de desplazamiento por el cambio climático.

Hacia la acción sobre la salud y el cambio climático para la eurorregión de la OMS

El grupo de trabajo Salud en el Cambio Climático, creado en el marco europeo de medioambiente y salud, solicitó llevar a efecto algunas acciones orientadas a los responsables políticos, en particular del sector sanitario, y a los representantes de la sociedad civil:

Esforzarse por alcanzar el “cero neto” para 2050 para apoyar un futuro sostenible que sea mejor para nuestra salud y el planeta.

Acelerar una transición resiliente, sostenible e inclusiva desde la recuperación saludable de la pandemia COVID-19 y dar prioridad a las acciones que aportan múltiples beneficios para el medio ambiente, la salud y el bienestar de la sociedad.

Abogar por el cambio climático como una consideración política integral y una responsabilidad en los procesos de toma de decisiones en todos los sectores.

Optimizar las sinergias entre la mitigación y la adaptación, para así aumentar y mantener las ambiciones de mitigación y adaptación a nivel nacional y subnacional.

Dar prioridad a los cobeneficios para la salud, explorar las sinergias de la lucha contra el cambio climático y la contaminación atmosférica, minimizar o evitar los efectos adversos para la salud y abordar las desigualdades mediante la coherencia de las políticas y la optimización de los sectores que determinan la salud.

Optimizar la resiliencia y la sostenibilidad climática dentro de los sistemas de salud ampliando las acciones de adaptación a nivel local y nacional, y adaptando los programas de protección,

promoción y mejora de la salud al clima.

Facilitar los enfoques de toma de decisiones dirigidos por la comunidad y centrados en las personas.

Fortalecer la voz de los profesionales del sector de la salud y de las organizaciones de la sociedad civil en la acción sobre el cambio climático.

Movilizar y mantener los recursos para la acción de mitigación y adaptación al cambio climático en los sectores de la salud.

A fin de implementar algunas de estas medidas, la Oficina Conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Meteorológica Mundial (OMM) han lanzado la primera web de conocimientos dedicada al clima y la salud, climahealth.info. Los usuarios podrán conectarse con expertos mundiales, encontrar próximos eventos, recursos, datos técnicos, herramientas de aprendizaje y documentos de orientación e investigación.

Medidas en el Estado español

En noviembre de 2021 se aprobó el Plan de Salud y Medio Ambiente, avalado por el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad. Dicho plan está conformado por un paquete de 420 medidas destinado al “abordaje integral” de los “factores medioambientales que tienen repercusión directa” sobre la salud además de “enfrentar retos futuros como el cambio climático”. Está previsto, asimismo, el desarrollo de diferentes planes de acción a través de programas bianuales en 14 áreas temáticas agrupadas en capítulos, como cambio climático y salud, contaminación, radiaciones y hábitat.

En relación con la contaminación atmosférica se implementó el Índice Nacional de Calidad del Aire (ICA) que permite comprobar, en tiempo real y de forma sencilla, la calidad del aire que marcan las estaciones de medición de la red nacional de vigilancia para así evitar picos de contaminación. El ICA incluye además recomendaciones sanitarias para la población general y la población sensible, y permite conocer la evolución del estado de calidad del aire en los últimos meses.

La aprobación del Real Decreto 34/2023, de 24 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire (BOE, núm. 21, de 25 de enero de 2023), tiene como objetivo: proteger la salud pública frente a una mala calidad del aire y recoge un plan marco de acción a corto plazo para episodios de alta contaminación, en el que se establecen nuevos umbrales y actuaciones homogéneas para todas las administraciones, en caso de superación de dichos umbrales.

La Alianza por el Clima, que en el Estado español reúne, entre muchas otras, a organizaciones ecologistas (WWF, SEO/BirdLife, Ecologistas en Acción, Greenpeace y Amigos de la Tierra), los sindicatos más representativos, organizaciones agrarias, ONG de desarrollo y otras, manifiesta que “se requiere una acción urgente para reducir la concentración de gases de efecto invernadero (GEI)

en la atmósfera a fin de evitar un calentamiento global superior a 1,5 °C, al tiempo que se protege la biodiversidad y el medioambiente y se avanza en la transición a sistemas alimentarios sostenibles y agroecológicos”.

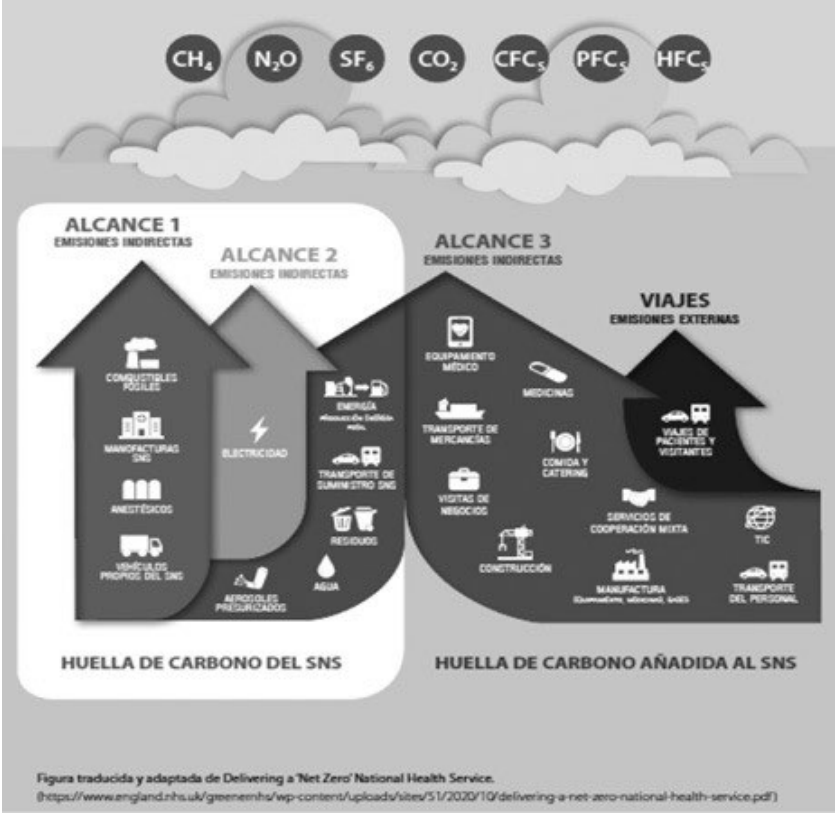
El sector salud responsable de emisiones

La relevancia que el cambio climático ejerce sobre el mundo de la salud se refleja en el documento del MITERD: Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático (PNACC) 2021-2030. En él, la salud humana se sitúa como el segundo objetivo. Entre 18 sectores analizados, el sector salud se considera el sexto sector más amenazado por el cambio climático.

Por otra parte, el sector salud es responsable del 5,2% de todas las emisiones y 60 países se han comprometido a realizar la transición a sistemas de salud resistentes al clima o con bajas o cero emisiones netas de carbono. Sin embargo, en nuestro SNS, pocos centros sanitarios se han preocupado por determinar su huella de carbono (midiendo sus emisiones) o por la calidad y cantidad de sus residuos.

Figura 5

Huella de carbono añadida al SNS



Fuente: "Delibering a 'Net Zero'", National Health Service, Inglaterra.

La Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS, 2021) indica que el SNS ha de ser consciente del poder que tiene para modular la huella de carbono de sus proveedores, e influenciar a través de sus concursos públicos la adquisición de productos con menor huella en su producción, transporte y generación de residuos. En este sentido, sería aconsejable promover la producción pública de fármacos y productos sanitarios en el territorio nacional.

FIGURA 6

ACCIONES FRENTE AL CAMBIO CLIMÁTICO

10 ACCIONES PRIORITARIAS SUGERIDAS A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD FRENTE AL CAMBIO CLIMÁTICO

1. Apoya y promueve los compromisos derivados de la Cumbre de París y otros acuerdos climáticos
2. Promueve el reconocimiento social y político de la necesidad de acuerdos sobre cambio climático orientados hacia la protección de la salud y el bienestar humano
3. Utiliza tus conocimientos, la evidencia científica y tu autoridad para defender la necesidad de adoptar medidas frente al cambio climático desde el ámbito de la salud pública y los sistemas de salud
4. Evalúa la capacidad de tu comunidad y del sistema de salud local para enfrentarse a las amenazas concretas del cambio climático en tu medio. Valorad vuestra resiliencia.
5. Fortalece la capacidad de adaptación de tu sistema de salud. Muchos de los efectos previstos en la salud se pueden evitar o controlar con intervenciones conocidas y ensayadas en salud pública y servicios de salud
6. Alienta a las infraestructuras e instituciones de salud dhospitales, centros de salud, departamentos de salud...) a predicar con el ejemplo: ahorro de energía, cálculo de huella de carbono, reducción de emisiones.
7. Aboga por los beneficios para la salud de la reducción (mitigación) de las emisiones de gases de efecto invernadero y otros efectos colaterales beneficiosos para la salud de las políticas de mitigación
8. Calcula, reduce y compensa tu huella de carbono.
9. Mejora tu capacitación y formación sobre las amenazas para la salud relacionadas con el clima, Promueve y participa en formación
10. Promueve este tipo de medidas entre sus colegas.

Fuente: Jesús de la Osa Tomás. "XIII seminario Respuestas desde la comunicación y la educación frente al Cambio climático", 2-4 noviembre de 2016.

La organización Health Care Without Harm (HCWH) Europe publicó en junio de 2021 el informe Materiales sostenibles en contacto con alimentos en el sector sanitario europeo, con el fin de promover la adopción de productos seguros para la salud humana y el medioambiente, de proporcionar información a los proveedores de servicios de alimentos sanitarios, mostrar las medidas que se pueden tomar para reducir y prevenir los riesgos e incentivar a los hospitales y proveedores sanitarios a adoptar en sus servicios de alimentación prácticas seguras. En este sentido, debería promoverse una compra pública hospitalaria con mayor proporción de alimentos de origen vegetal y menor de alimentos ultraprocesados. Asimismo, la adquisición de productos ecológicos reduciría la exposición de los pacientes a pesticidas, aditivos y residuos de antibióticos potencialmente dañinos.

Algunas sustancias nocivas presentes en los MCA (materiales en contacto con los alimentos) pueden producir efectos a largo plazo en la salud en los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario. Además, los MCA desechables producen una huella ambiental considerable debido a los materiales y sustancias químicas empleados en su fabricación.

Formación de los profesionales

Respecto a la formación de profesionales en el reconocimiento de las enfermedades y efectos secundarios relacionados con el cambio climático, en la administración de los tratamientos adecuados, en aconsejar a las poblaciones expuestas y en determinar las consecuencias posibles para los servicios de salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) editó recientemente la guía: Cambio climático para profesionales de la salud (2020)[7].

Acciones en Salud pública

La SESPAS, en relación con los trastornos influenciados u ocasionados por el cambio climático recomienda las siguientes acciones:

Preparar a los sistemas de salud para hacer frente al previsible incremento en la incidencia y expansión de las enfermedades vectoriales y zoonosis, así como a la posible aparición de pandemias, en particular en los territorios y sociedades más vulnerables. No se debe olvidar el origen zoonótico de la actual pandemia de COVID-19.

Incrementar el peso de las estructuras de salud pública y de sanidad ambiental, estructuras que están llamadas a ser las verdaderas protagonistas en el diseño y desarrollo de las líneas de acción y defensa de las estrategias de adaptación al cambio climático.

Se recomienda que las políticas, planes y programas ambientales sean sensibles al impacto en la salud mental.

Reducir el calentamiento urbano con el incremento de la cubierta arbórea

El estudio del Instituto de Salud Global de Barcelona, publicado en The Lancet citado anteriormente, enfatiza que “aumentar las áreas verdes en las ciudades tiene muchos beneficios para la salud, incluyendo el incremento en la esperanza de vida, la reducción de los problemas de salud mental y las mejoras en la función cognitiva de las personas”, además de atenuar el impacto del cambio climático, aunque se reconoce que dicha medida debería combinarse con otras, como cambiar los materiales de las superficies para reducir las temperaturas.

Figura 7

Beneficios de la infraestructura verde urbana

Fuente: ISGlobal.

Alimentación saludable pensando

también en el medioambiente

Una transición hacia dietas más saludables y equilibradas, promocionando alimentos con un menor impacto ambiental, ayudaría a reducir el 55% de las emisiones del sector agrícola procedentes de la producción de carne roja y leche. También evitaría hasta 11,5 millones de muertes anuales relacionadas con la dieta y reduciría sustancialmente el riesgo de enfermedades zoonóticas y, por consiguiente, la presión sobre los sistemas de salud.

Por nuestra salud y la del planeta es fundamental la promoción de iniciativas que se centren en un tipo de agricultura diversificada que promueva la resiliencia de los agroecosistemas ante los continuos cambios económicos y ambientales, que busquen el desarrollo y el uso de variedades locales tolerantes con el cambio climático.

Este modelo tiene mayor resistencia a las plagas o las sequías. Cultivos de cobertura que incrementan la capacidad de retención de la humedad, así como el uso eficaz de los recursos con el fin de reducir los efectos negativos del cambio climático en la producción agrícola y en los medios de subsistencia de los agricultores.

Es preciso transformar los modelos de producción, distribución y consumo de alimentos: promover la producción local y ecológica de productos, el comercio de proximidad y comercio justo, producir pensando en la reducción de materias primas en el origen y en el aprovechamiento de los subproductos, así como distribuir y consumir de manera responsable y solidaria, y evitar así el despilfarro y el desecho de alimentos, que, según la FAO, se estima en 1,3 billones de toneladas al año y permitiría alimentar a millones de personas que padecen hambre (Ecologista, 2014).

No obstante, el modelo alimentario también puede dar lugar a desigualdades sociales, ya que a menudo el acceso a los alimentos más saludables y seguros está vinculado al nivel de renta.

Abordar los efectos en la salud mental

En el nuevo informe de políticas de la OMS (2022) se recomiendan cinco enfoques importantes para que los gobiernos aborden los efectos del cambio climático en la salud mental:

Integrar las consideraciones climáticas en los programas de salud mental.

Integrar el apoyo a la salud mental con la acción climática.

Basarse en compromisos mundiales.

Elaborar enfoques basados en la comunidad para reducir las vulnerabilidades.

Reducir el importante déficit de financiación que existe para el apoyo a la salud mental y psicosocial.

Bibliografía

Alianza por el Clima (2021): “Manifiesto de Alianza por el Clima 2021”, 23 de septiembre. Disponible en https://bitly.ws/TFq6.

Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2019):

Informe del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos: El cambio climático y la pobreza, Asamblea General, 41 periodo de sesiones del 24 de junio al 12 de julio de 2019.

Cousins, T. et al. (2022): “Outside the safe operating space of a new planetary boundary for Per- and Polyfluoroalkyl Substances”, Environmental Science and Technology, 2 de agosto. Disponible en https://bitly.ws/TFaB.

Ecologistas en Acción (2014): “Alimentación y medio ambiente”, El Ecologista, 80. Disponible en https://bitly.ws/TFqH.

Ecologistas en Acción (2020): “Área de Conservación de la Naturaleza ‘Salvemos los insectos’”. Revista Ecologista, 105, 1 de septiembre. Disponible en https://bitly.ws/TF9T.

Estrategia Aragonesa de Educación Ambiental (2021): “La calidad del aire en el Estado español durante 2021”, Eárea. Disponible en https://bitly.ws/TF5U.

Garzón, A. (2022): “Una sola salud, un solo planeta Entrevista Ministro de Consumo”, Público. Disponible en https://bitly.ws/TF4n.

Instituto de Salud Global Barcelona (s. f.): “Brain development and air pollution ultrafine particles in school children 2011-2016”, ISGlobal. Disponible en https://bitly.ws/TF6X.

Instituto de Salud Global Barcelona (2018): “Las temperaturas moderadas y extremas podrían aumentar el riesgo de accidentes de trabajo”, ISGlobal, 11 de junio. Disponible en https://bitly.ws/TFku.

ISTAS (2019): “Proyecto SALUDAPT. Estrategias territoriales para la adaptación y la protección de la salud ante el cambio climático”. Disponible en https://bitly.ws/TFrZ.

ISTAS (2022): “Olas de calor, un riesgo laboral emergente”, Por Experiencia, 18 de julio, nº 88. Disponible en https://bitly.ws/TFnw.

Hickman, C. (2021): “Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey”, The Lancet, 1 de diciembre, 5(12), e863-e873.

IPCC (2014): Cambio climático 2014: Informe de síntesis. Contribución de los Grupos de trabajo I, II y III al Quinto Informe de Evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el cambio climático, Ginebra, IPCC. Disponible en https://bitly.ws/TFag.

Juaristi, A. (2021): “Carme Valls i Llobet: ‘El Cambio Climático en general en el mundo está afectando más a las mujeres’”, A cambio de nada, 8 de junio. Disponible en https://bitly.ws/TFho.

López, V. (2023): “La urgencia de la transición social y laboral”, Por Experiencia, 88. Disponible en https://bitly.ws/TFsx.

Martín-Sosa, M. et al. (2023): “La cara emocional del cambio climático”, Climática. La Marea, 11 de enero. Disponible en https://bitly.ws/TFjw.

Naredo, J. M. (2021): “Los conceptos que nos moldean. Una entrevista con José Manuel Naredo”, El Ecologista, 107. Disponible en https://bitly.ws/TF3X.

Narocki, C. (2022): Los episodios de altas temperaturas como riesgo laboral, Informe 2021, European Trade Union Institute ISTAS. Disponible en https://bitly.ws/TFmH.

National Oceanic and Atmospheric Administration (2022): “Arctic Report Card 2022”. Disponible en https://bitly.ws/TF9w.

Observatorio de la Sostenibilidad (2021): “Evolución de las emisiones de gases de efecto invernadero en España 2021”. Disponible en https://bitly.ws/TF7A.

Olea, N. (2019): “Un investigador del ibs.GRANADA lidera uno de los estudios más importantes del mundo sobre los efectos de la contaminación ambiental en la salud”, Instituto de Investigación Biosanitaria Granada, 27 nov. Disponible en https://bitly.ws/U52f.

ONU Mujeres (2022): Cómo la desigualdad de género y el cambio

climático están relacionados entre sí ONU Mujeres, 28 de febrero. Disponible en https://bitly.ws/TFgz.

Organización Panamericana de Salud (s. f.): “Calidad del aire”, OPS. Disponible en https://bitly.ws/TF57.

Oxfam International (2020): “El 1% más rico de la población emite más del doble de carbono que la mitad más pobre de la humanidad”, 21 de septiembre. Disponible en https://bitly.ws/TFfp.

Pollock, A. (2014): “The Origins of the Ebola Crisis”, Counterpunch.org, 10 de octubre. Disponible en https://bitly.ws/TFk5.

Riechmann, J. (2022): “La crisis no tiene solución si no implica usar mucha menos energía”, La Vanguardia, 22 de agosto. Disponible en https://bitly.ws/U52r.

Romanello, M. et al. (2022): “The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels”, The Lancet, 5 de noviembre, 400, 10363, pp. 1619-1654. Disponible en https://bitly.ws/TEZg.

Salvador, C. et al. (2020): “Quantification of the Effects of Droughts on Daily Mortality in Spain at Different Timescales at Regional and National Levels: A Meta-Analysis”, International Journal of Environmental Research and Public Health, 17, 6114.

Servicio de Cambio Climático de Copernicus, C3S (2023): “Union European State of the climate in 2022. Global climate highlights 2022”. Disponible en https://bitly.ws/TF8c.

Sociedad Española de Salud Pública y Sociedad Iberoamericana y Administración Sanitaria de Salud Ambiental (2022): Informe técnico Cambio climático y salud. Una visión iberoamericana, SESPAS SIBSA, 27 de diciembre. Disponible en https://bitly.ws/TFg3.

The Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, CRED (2020): “The human cost of disasters: an overview of the last 20 years (2000-2019)”, UN Office for Disaster Risk Reduction.

Disponible en https://bitly.ws/TEZT.

Turiel, A. (2021): “La escasez de materiales es una estaca en el corazón de la transición energética”, CSIC, 29 de noviembre. Disponible en https://bitly.ws/TFpo.

WHO (2021): “Climate change and health”, 30 de octubre. Disponible en https://bitly.ws/TF2y.

— (2020): “Problemas sanitarios apremiantes que el mundo afronta de cara al próximo decenio”, 13 de enero. Disponible en https://bitly.ws/TF3j.

WHO (2022): “Climate action must include mental health”, Ginebra, 3 de junio. Disponible en https://bitly.ws/TFit.

Capítulo 8

Del estado de bienestar a la protección de la salud

Carlos Ponte Mittelbrun

La sanidad pública está enferma, sus síntomas son cada día más visibles y generan preocupación e incertidumbre porque estamos ante una conquista social histórica, un gran espacio de equidad y bienestar, en una sociedad donde todavía se pertrechan en exceso los privilegios y la injusticia social.

La situación es alarmante, con unas listas de espera abusivas que hacen complicado el acceso a la asistencia no urgente, con retrasos que pueden ser graves, y promueven la huida de las clases medias y de los trabajadores —que pueden pagar— a las pólizas y a la medicina privada, cada día más poderosa. Una realidad que refleja el Barómetro Sanitario del CIS del último trimestre de 2022: solo el 10% de los encuestados dicen que el sistema funciona bien, mientras que el 49% pide cambios fundamentales, con una demora media de más de una semana para una consulta de atención primaria (AP) y la persistencia injustificada de un altísimo número de consultas telefónicas.

Los problemas vienen de lejos, se han ido acumulando y la implosión producida por la pandemia de la COVID-19 ha mostrado toda la fragilidad y las debilidades de la sanidad pública que, pese a las dificultades, sigue teniendo un valor incalculable para el conjunto de la población porque mantiene valores y niveles de universalidad, gratuidad y equidad en la asistencia a la enfermedad.

Causalidad y complejidad

Desde la administración y las autoridades sanitarias se nos dice que el problema reside en la carencia de profesionales y la imposibilidad para contratarlos. Una mala excusa, porque el problema se veía venir desde hace años y lo ha generado la propia Administración pública con sus políticas restrictivas y de precarización de las plantillas.

Desde la izquierda y el mundo sanitario se reclama más dinero, más empleo estable y digno para la sanidad pública, y cerrar las puertas a las vías privatizadoras. Demandas que son trascendentes porque la crisis mantiene una relación causal inequívoca con la subfinanciación, una constante desde el Consenso de Washington[8], y con las desregulaciones y transferencias directas al sector privado, incluidas las fórmulas de colaboración público-privada. La sanidad española, en concreto, es un claro ejemplo de un gasto sanitario público insuficiente[9] con precarización laboral (casi la mitad está en situación de eventualidad o interinidad) e iniciativas privatizadoras relevantes en algunos territorios.

Sin embargo, pese a su importancia, los recortes y las "externalizaciones" no explican suficientemente las dificultades de la sanidad pública para responder a las necesidades de salud de la población y menos aún si nos planteamos cómo se pueden encarar los grandes retos que la salud tiene en este siglo: las desigualdades, la emergencia climática, el resurgimiento de las enfermedades infecciosas y la imparable epidemia de las enfermedades crónicas. Los retos son enormes y si no hay cambios sustanciales el colapso está asegurado porque lo que sí se puede predecir es que seguirán aumentando las enfermedades crónicas, aparecerán nuevos virus y la temperatura seguirá en incremento.

La etiología de la crisis tiene mayor complejidad y deriva del contexto, de la inmersión de la sanidad pública en una sociedad capitalista, sometida a unas políticas gubernamentales que no se

han limitado a cuestionar la propiedad, la gestión o la financiación pública, sino que han ido reconfigurando un modelo mercantilizado de la sanidad pública. Son las bases ontológicas de lo que hemos denominado progreso las que nos han conducido al actual modelo biomédico y comercial, y a unos sistemas sanitarios públicos fragmentados, tecnocráticos y desconectados de la comunidad a la que sirven.

Porque no son solo las desproporcionadas listas de espera, sino que los sistemas sanitarios han permanecido de espaldas a la prevención primaria de la salud, limitados a un comportamiento reactivo ante la enfermedad; han fracasado en la construcción de un gran servicio de medicina familiar y comunitaria; han dejado en manos de las multinacionales la investigación y la innovación biomédica; destinan más de la tercera parte de los presupuestos públicos a la compra de medicamentos y equipamiento tecnológico ("privatización endógena o encubierta"), en un mercado en el que la producción y el liderazgo público son inexistentes; se han conformado, además, como sistemas ademocráticos y, paulatinamente, han desplazado los valores de lo público por un relato de eficientismo y consumismo sanitario.

Más no siempre es mejor

La enfermedad del sistema sanitario público, por tanto, no se puede reducir a “más o menos sanidad pública” (“más o menos Estado”) y su correspondiente partida presupuestaria, como habitualmente se formula desde las reivindicaciones del sector sanitario o desde la izquierda política. Es evidente que “menos Estado” (menos sanidad pública) es siempre más desigualdad y menos bienestar, incluso menos democracia; pero “más Estado” no es necesariamente lo contrario, a no ser que sea “mejor Estado”.

Se ha dicho que el neoliberalismo no busca la retirada o el retroceso del Estado, sino el acuerdo, al menos tácito, con las multinacionales y las estructuras supranacionales (FMI, BM, OMC, OCDE, UE) en las políticas económicas, sociales, ambientales o en la cultura de masas. Más que un promotor de la privatización (“Estado mínimo”) es un regulador de la competencia al servicio del sector privado (“Estado gerencial”) (Laval y Dardot, 2013). El Estado se concibe como una empresa al servicio de otras empresas, como vemos con las estrategias de colaboración público-privadas, que son el último ariete contra el estado de bienestar.

Una de las consecuencias es que el Estado no reconoce los derechos sociales asociados al estatus de ciudadanía, porque este considera a la ciudadanía desde una doble condición: como un “recurso humano”, al servicio de la economía, y en el reverso, como una “carga social”, lo que en términos de salud se expresa como “carga de enfermedad”, un más que expresivo concepto habitualmente utilizado por los economistas de la salud e incluso por la propia OMS.

Construir un “mejor Estado” (otro Estado) obliga a situarnos fuera del credo neoliberal y de su visión mercantilista de la salud. Requiere también repensar los fundamentos del denominado paradigma biomédico (Wade y Halligan, 2004), que es el marco cognitivo de cómo se entiende e interviene sobre la salud y la

enfermedad (Novoa, 2018), pero esta es una reflexión epistemológica (Novoa, 2022) que está fuera del propósito del presente texto.

Industrialismo y neoliberalismo sanitario

El impacto de la economía política en los sistemas sanitarios ha sido muy evidente en las diferentes etapas de desarrollo del capitalismo. Su influencia ha sido notable en el diseño, la organización y los valores del sector sanitario, mucho antes incluso del desembarco neoliberal en la salud, en los años ochenta, que supuso un vuelco radical en la evolución de la medicina.

Las tecnologías y la industrialización llegaron con bastante retraso al sector sanitario con respecto a otros sectores productivos y, cuando irrumpieron, la cabeza de puente fue el hospital, el centro biomédico y tecnológico por excelencia, concebido como una empresa de servicios (hospital-empresa) que centraliza y que concentra el poder en el conjunto del sistema (hospitalocentrismo). El hospital moderno se organiza de forma jerárquica y piramidal, en unidades clínicas homogéneas, basadas en el protagonismo de los protocolos y en una cultura sanitaria que exige objetivar y desestimar lo subjetivo, lo que no es mensurable.

La especialización es una clara referencia del modelo productivo. Inicialmente justificada por las nuevas tecnologías y la complejidad productiva, ha derivado en un experto para cada problema, lo que ha fragmentado la medicina en subespecialidades (Osler, 1892) y convertido a los generalistas en una especie amenazada. La maximización es otro de los estandartes, cuanto más y más grande, mejor que mejor, como traducen los hospitales monumentales o que el hospital siempre es “más” que un centro de salud. Cabe destacar que, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de las causas de ineficacia y desigualdad de los sistemas sanitarios reside precisamente en la focalización desproporcionada en los hospitales y en la subespecialización.

La gobernanza de la sanidad industrializada es otra de las claves, su función primaria es respaldar las relaciones de poder, como nos recuerda la Comisión Europea (Revista de Derecho de la Unión

Europea, 2004), pero su verdadera finalidad es la introducción de criterios empresariales en la gestión, fundamentalmente el eficientismo y el gerencialismo.

El eficientismo se preocupa preferentemente de la contención de costes y el gerencialismo tiene como objetivo mantener el orden jerárquico, sin consenso, sin reconocer una sociedad crecientemente compleja ni asumir valores democráticos como la transparencia, la gestión de los conflictos de intereses, la rendición de cuentas o la participación efectiva de los profesionales y la ciudadanía. La responsabilidad pública se somete exclusivamente al control administrativo, con la exigencia a los profesionales de incrementar la actividad, cuantificada y sometida a la competencia, como supuesta garantía de calidad y menor costo, con independencia de que esto tenga sentido para los enfermos.

El informe Flexner (1910) (Narro-Robles, 2004) es, quizás, la mejor referencia del modelo sanitario que hemos vivido en el siglo XX, una forma de entender y practicar la medicina: empírica, aséptica y objetiva, que separa lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, lo biológico y lo social, lo curativo y lo preventivo, la enfermedad y la dolencia (Novoa, 2019).

Con la llegada de la globalización neoliberal, en los años ochenta, se produce un cambio radical: el capitalismo se incorpora de lleno al corazón de la biomedicina, lidera las líneas de investigación, comercializa los aspectos claves de su actividad y conforma un enorme nicho de negocio y de poder, a través de fondos de inversión, multinacionales biotecnológicas y aseguradoras privadas. Para ello se dota de instrumentos como los acuerdos ADPIC, de la Organización Mundial del Comercio, para proteger la propiedad intelectual y las patentes; la Conferencia Internacional de Armonización (ICH), para controlar el mercado farmacéutico; o la ley Bayh-Dole, para privatizar las investigaciones académicas, aunque los recursos sean originariamente públicos.

La sociedad posindustrial,

la salud y la enfermedad

Situados en el siglo XXI, la industria tradicional ha dejado de ser el centro sobre el que gravita la economía, la mayoría de los trabajadores no están implicados en la producción de mercancías materiales, mientras que, en paralelo, crecen el sector comercial, el consumo de masas y aquellas industrias con capacidad de incorporar innovación y nuevas tecnologías, como puede ser el caso de la industria farmacéutica.

Lo que caracteriza a la sociedad posindustrial es el cambio en la naturaleza del poder que ya no surge de la propiedad, sino de la posesión del conocimiento. Los valores del capitalismo productivo carecen de sentido para el capitalismo financiero, lo que precipita una reestructuración interna con abandono del modelo keynesiano (Castells, 1998) y desentendimiento del estado de bienestar.

Los principios del industrialismo se derrumban en la sociedad postindustrial. En los sistemas productivos la especialización indiscriminada da paso a la polivalencia de la Toyota, la concentración y la centralización se sustituyen por la personalización y la descentralización, también la maximización está en descrédito, reemplazada por el valor de lo pequeño. Habría que añadir, además, la perdida de legitimidad por los excesos de la comercialización (Bodenheimer, 2000), pese a la opacidad que se mantiene sobre sus efectos adversos.

Estos cambios necesariamente gravitan sobre los sistemas sanitarios (Novoa, 2017). Así, por ejemplo, ya nadie quiere estar en el hospital si puede evitarlo, como señaló premonitoriamente Ramón Carrillo, antiguo ministro de Salud argentino: “El día en que los hospitales estén vacíos, la medicina habrá dado un gran paso adelante”.

En el ámbito de la salud y la sanidad, los cambios tienen mayor

complejidad, porque son sociales (el incremento de las desigualdades y la pérdida de cohesión social), demográficos (el descenso de las tasas de la mortalidad y la natalidad, mientras envejece la población en los países de rentas altas) y epidemiológicos (la suma de las enfermedades degenerativas con la reemergencia de las infecciones). También en el seno de la sociedad emergen nuevos modelos sociales, como el individualismo, la anomia o la precariedad laboral. Y políticos, como el ascenso de la extrema derecha y los gobiernos autocráticos. Quizás, un contexto diferente que nos recuerda la archiconocida frase de Antonio Gramsci: “El viejo mundo se muere, el nuevo tarda en aparecer y en ese claroscuro surgen los monstruos”.

Tendencias de los sistemas sanitarios públicos

La naturaleza pública que adquirieron los sistemas sanitarios en muchos países europeos, ya sea el modelo Bismark o Beveridge, fue la consecuencia, en primer término, de la manifiesta incompetencia del mercado para realizar funciones sociales para el conjunto de la sociedad (Tudor Hart, 2009); pero el factor decisivo corresponde al auge del movimiento obrero en una determinada coyuntura política, después de la segunda gran guerra en Europa occidental, que propició un acuerdo interclasista cuya concreción fue el estado de bienestar, ideado en el informe Beveridge (1942).

Los sistemas sanitarios públicos, en su origen, tuvieron limitaciones; algunas no son fáciles de valorar desde la perspectiva de hoy, por ejemplo, la industria farmacéutica no tenía el poder económico y político que adquirió con posterioridad; otras han sido muy evidentes, basta recordar, en nuestro caso, las presiones ejercidas por parte de la Organización Médica Colegial (presidida entonces por Ramiro Rivera [El País, 1986]) antes de la aprobación de Ley General de Sanidad (1986). Incluso el propio William Beveridge, el arquitecto del estado de bienestar, reconoció el error de haber dejado fuera de su proyecto inicial el rol de las comunidades y la sociedad civil, lo que a la larga sería una de sus mayores debilidades… Pero es a lo largo de su evolución cuando los sistemas sanitarios públicos han experimentado el influjo hegemónico, material e ideológico, de las políticas hegemónicas de naturaleza mercantil.

Por otra parte, en este mismo sentido, todas las iniciativas que pretendieron revertir o impugnar los procesos de mercantilización fueron conducidas sistemáticamente al testimonialismo: la medicina social, que nunca consiguió arraigo en más de 100 años de historia; el compromiso comunitario y social de Alma Ata, anulado por una alternativa “selectiva” para devolver a la AP al marco biomédico; la antipsiquiatría, en oposición al control social represivo de la

psiquiatría oficial; Ivan Illich y su crítica a la medicalización y la expropiación de la salud; o el informe Lalonde, que pretendía poner en la agenda de la salud a los determinantes sociales.

En realidad, las políticas sanitarias nunca han tenido prioridad en la agenda política, y todavía menos eco mediático, quizás porque la subfinanciación, las iniciativas de transferencias de servicios al sector privado y las estrategias mercantiles en el sector nunca fueron bien acogidas por la opinión pública. Pero lo cierto es que, con el paso de los años, estas políticas han ido conformando, como lluvia fina, un modelo asistencial crecientemente biomédico y comercializado, en donde cabe identificar las siguientes tendencias:

La despolitización de la salud y de la enfermedad.

La descontextualización de la atención sanitaria.

La desapropiación de la tecnociencia y la privatización endógena.

La medicalización de la salud.

La despolitización de la salud y de la enfermedad

Las decisiones estratégicas en la sanidad y la salud son necesaria e inevitablemente políticas, entendiendo que lo político no se debe confundir con el partidismo o la politiquería. Sin embargo, una de las características de la narrativa vigente es la de otorgar neutralidad y condición técnica o profesional a las políticas sanitarias. Se proclama un relato de apoliticismo, que en realidad no lo es, con el propósito de hurtar el debate político-social, justificar la exclusión de la intervención ciudadana y trazar una línea roja que asegure la hegemonía de la tecnocracia y el corporativismo.

En este orden de cosas, los sistemas sanitarios se refugian en el asistencialismo y se “olvidan” de la naturaleza política de la

promoción de la salud y de la prevención primaria de la enfermedad, y con ella de los determinantes sociales de la salud, aunque en los discursos se siga diciendo que la prevención es lo más importante. De hecho, se comportan como sistemas “pasivos” que esperan a que las personas enfermen, para “reaccionar” y tratar de curar la enfermedad, una vez que esta ya está presente.

No quiere esto decir que intervenir sobre los determinantes sociales de la salud es una competencia de los sistemas sanitarios y la medicina, pero sí que la incomprensión política y social de la salud y la enfermedad tiene el efecto de desvincular al sistema sanitario de una estrategia global para la salud, con consecuencias directas muy negativas como la marginalidad de los servicios de salud pública (que ven reducidos sus recursos y ámbito de intervención) o que la atención primaria esté desconectada de la acción comunitaria (Gil-Girbau et al., 2021)[10].

La OMS (Shanghái, 2016) estableció inequívocamente la naturaleza política de la prevención primaria, son las estrategias públicas multisectoriales las que tienen capacidad para modificar las causas socioeconómicas y ambientales que están detrás de muchas enfermedades. No ocurre lo mismo con la prevención secundaria, que pertenece al ámbito de la biomedicina, sobre la que también existen sólidas evidencias de su capacidad para reducir la progresión de las enfermedades (Whitty et al., 2023).

Lo mismo cabe decir del gradiente social de la enfermedad, el relato oficial lo atribuye a los “estilos de vida” y no a las “condiciones de vida”, lo que culpabiliza a las personas y no al orden social establecido (responsable de la seguridad alimentaria, la estabilidad de la vivienda, el acceso al transporte, la capacidad de pagar las facturas básicas o la protección ante la violencia interpersonal), como si los comportamientos de las personas se pudieran explicar exclusivamente por decisiones racionales, individuales, ajenas y descontextualizadas de la realidad social. Reducir la brecha de las inequidades en salud exige, pues, políticas públicas, con la implicación y la cooperación del sistema sanitario.

La descontextualización de la atención sanitaria

La masificación de la atención sanitaria no es tan solo un desajuste entre la oferta y la demanda, sino que es el producto, en las sociedades avanzadas de economía de mercado, de un sistema descontextualizado (McKey, 2014), en el que la sanidad es un bien de consumo. Según Enoch Powell, antiguo ministro de Sanidad británico: "La cantidad de cuidados sanitarios que un individuo puede llegar a consumir es prácticamente ilimitada". Pero este consumo ilimitado o "demanda infinita" no refleja la carga de enfermedad ni es la consecuencia del "precio cero" (gratuidad de la asistencia), sino que responde una cultura de consumismo, que en muchas ocasiones es una demanda innecesaria y superflua (estimada entre el 20-25% del total). No es "consumo responsable", por ejemplo: una moda en EE UU entre las clases pudientes es regalar una resonancia nuclear magnética en el cumpleaños de un familiar (Fuertes, 2004).

La masificación conlleva demoras que pueden ser graves, deslegitima el sistema y lo somete a sobrecargas de trabajo de difícil gestión. Arrastra inflación de costes, polimedicación y multiplicación de los efectos adversos de la asistencia sanitaria. Una encuesta[11] antes de la COVID desvelaba que el promedio de consultas de un médico de AP en España era de 48/día, con un tiempo de espera de casi 5 días para una cita presencial. En la cresta de la ola del ómicron, se llegaron a superar las 80 consultas diarias, entre telefónicas y presenciales.

El consumo tiene la finalidad de mantener viva la maquinaria de producción, es el motor del crecimiento, aunque implique despilfarro. Por eso, la oferta sanitaria estimula la demanda, como recuerda aquel famoso eslogan de que, siempre y para todo, "consulte usted a su médico". El círculo se cierra con la generación de una fuerte dependencia sanitaria y, a su vez, con la "clientelización" de una demanda que ha de ser satisfecha con rapidez (de inmediato) y proximidad (el recurso al alcance de la mano). En tanto que la longitudinalidad, una de las claves de la AP, pasa a ocupar un lugar secundario. Una forma distorsionada de entender el acceso a los recursos que no equivale a calidad y oportunidad, como requiere toda intervención sanitaria.

El consumismo se desarrolla al margen del contexto en el que se produce, sin anclajes ni coordenadas personales o comunitarias, por lo que expresa una marcada tendencia en la sanidad hacia la despersonalización y la desconexión con la comunidad. Aunque interesa a todo el sistema sanitario, es en la AP donde sus efectos son demoledores porque socavan las propias bases comunitarias, que son su razón de ser:

La atención despersonalizada. En la consulta se prescinde de los factores biográficos, relacionales, socioeconómicos o ambientales, inherentes a todo proceso de salud-enfermedad, y se subordina la atención sanitaria al determinismo biológico, los medicamentos y los procedimientos. Algunos ejemplos son meridianamente claros, como el protagonismo de las recetas, el que "el médico mire al ordenador y no al paciente" o el abuso de las consultas telemáticas en detrimento de las presenciales…

La desconexión con la comunidad. Los servicios sanitarios (especialmente los centros de salud) trabajan al margen de los demás servicios comunitarios, de los programas y políticas públicas que transversalmente interesan a la salud, de las instituciones locales y las organizaciones de la sociedad civil. No existen cauces preestablecidos de cooperación y la AP está de espaldas a la comunidad, concentrada exclusivamente en responder a la demanda asistencial individual, cada día es más consumista, mas despersonalizada y medicalizada.

La desapropiación de la tecnociencia

y la privatización endógena

La tecnología biomédica ha desempeñado un rol decisivo en la conformación del modelo biomédico y mercantil. Desde la invención del estetoscopio, en París en 1816, hasta la secuenciación completa del genoma. Las tecnologías, salvo contadas excepciones,

siempre han sido objeto de apropiación privada y comercialización, incluido el acervo genético, después de una sentencia del Tribunal Supremo de los EE UU, que validaba el dictamen de la Oficina de Patentes, en 1987, por la que los organismos vivos genéticamente modificados podían ser patentables. Desde entonces, se puede patentar cualquier forma de vida de la naturaleza, como ha ocurrido con miles de semillas y animales manipulados, bajo acuerdos de estricta con fidencialidad.

El dominio privado de la ciencia y la tecnología es absoluto: en lo que se investiga y lo que no, en el acceso de la investigación al mercado (aunque la investigación básica y los recursos hayan sido públicos), en la comercialización, difusión e incluso en la aplicación. Y este dominio se reproduce dentro del espacio público. Se puede decir que existe una construcción tecnológica de la enfermedad que estructura nuestro conocimiento, que ha traído enormes beneficios en el combate contra la enfermedad, pero que, a su vez, ha promovido la hegemonía de la comercialización de la salud en forma de patentes y monopolios, secreto comercial, lobbismo y marketing.

Así, mientras que el gasto sanitario público es objeto de restricciones (sobre todo en salud pública y atención primaria), el gasto farmacéutico público en España aumentó el 44% en los últimos 8 años, hasta alcanzar los 22.000 millones de euros. La industria es la beneficiaria directa, pero existen otros actores, como los empleados que trabajan para las multinacionales desde dentro del sector público o los que alientan la fascinación tecnológica, en un contexto de opacidad y conflictos de intereses, con la paradoja de que la mayor inversión de la industria farmacéutica corresponde a la recompra de acciones Stock Buy-Back (Moore, 2021) o que la industria destine mucho más dinero al marketing que a la investigación.

La medicalización de la salud

La medicalización es el colonialismo expansivo de la medicina.

Entre sus efectos cabe destacar el enorme consumo de pastillas, muchas innecesarias, la mayoría poco efectivas y frecuentemente inseguras (efectos adversos). Más de 1,6 pastillas al día en un mercado donde se realizan negocios impresionantes de 900.000 millones de dólares al año.

Es evidente la propensión al exceso de la construcción tecnológica, como dice Hofmann (2015): “Nuestras habilidades para producir y usar tecnologías parecen superar nuestras habilidades para reflexionar sobre su aplicación”. Es una tendencia implícita a la medicalización y al reclamo ideológico de que “lo más y lo más nuevo es siempre mejor”, con la motivación comercial como telón de fondo.

Pero las verdaderas raíces de la medicalización aparecen en la medida en que desaparecen los factores sociales, biográficos y emocionales de la salud, incluso de la historia clínica, valorados como “subjetivismos” ante la supuesta objetividad de lo estrictamente biológico, de los protocolos y de una práctica que paradójicamente se vino a denominar de excelencia, pero que, de hecho, promueve la despersonalización de la asistencia en aras del solucionismo tecnológico (Andel et al., 2012).

Todo síntoma, factor de riesgo o sufrimiento se explica en términos de enfermedad. Se convierten en problemas médicos cuestiones que no lo son, como decía el doctor Knoch, protagonista de la famosa obra de Jules Romains (1923): “No hay personas sanas, sino pacientes insuficientemente estudiados”.

Los medicamentos han traído grandes éxitos terapéuticos, pero también se han convertido en un serio problema: Cada vez hay más medicamentos me too (más de lo mismo), otros tienen precios desorbitados sin suficiente justificación y hay demasiados daños colaterales (la tercera causa de muerte en EE UU [Makary y Daniel, 2016]). Es muy expresivo que los fármacos más vendidos en el mundo sean las estatinas, pese a que el 44% de las personas que las toman tienen poca probabilidad de obtener beneficios, pero pueden ocasionar efectos adversos (Nasir et al., 2015), y los fármacos para la diabetes tipo II, cuyo tratamiento primario no es farmacológico, sino la pérdida de peso corporal (Purcell, 2014).

La medicalización refuerza la curación (reparaciones episódicas frente a los cuidados que básicamente solo demandan recursos humanos), se centra en la enfermedad y no en el enfermo, y es esencialmente “directiva”: el paciente debe limitarse a cumplir las indicaciones prescritas por el experto, expropiando la salud desde la supuesta objetividad que solo valora lo que se puede medir con alguna técnica, con cifras de normalidad como referencia para actuar, sin considerar la experiencia y la carga subjetiva del paciente, su biografía y emociones, y su contexto social.

Casos de estudio

Caso 1. La medicina personalizada

La promesa en la era genómica es pasar de una medicina reactiva, basada en la enfermedad, a una medicina de precisión centrada en la persona, gracias a los avances científicos (genómica y proteómica) y tecnológicos (bioinformática y técnicas de imagen). ¿Un proyecto de nueva medicina holística?, ¿un cambio de paradigma?

En 2001, Nature publicó la secuenciación completa del genoma y, más tarde, Galas y Hood, del Instituto de Biología de Sistemas de Seattle, acuñaron el término de Medicina P4 (Galas y Hood, 2009): personalizada, predictiva, preventiva y participativa. La hipótesis es que la información genética de cada individuo podrá predecir el riesgo de enfermar, permitirá hacer profilaxis e implicará al paciente en el proceso. Según estos autores, la Medicina P4 se podrá extender a toda la población con test comerciales, fármacos más eficaces y menores costes. Sin embargo, las grandes expectativas de negocio no se corresponden con los modestos resultados de la clínica, por lo que estamos ante una "ilusión terapéutica"[12], como afirma Prasad (2016) cuando considera que la "oncología de precisión" no tendrá éxito y necesitará ajustes sustanciales.

En realidad, es una visión reduccionista y comercial de la realidad, que perpetúa el mito de que los genes y las moléculas son la clave de la causalidad de las enfermedades. La epigenética nos muestra que el código postal puede modificar el código genético, porque el genoma se modifica por influencias externas (epigenoma), mientras que los sistemas biológicos están abiertos a la naturaleza y a la sociedad (no son cerrados ni homogéneos) y se configuran como redes libres de escala, heterogéneos, con nodos hubs y propiedades emergentes.

Como dice López Otín (2019), hay luces y sombras en la medicina de precisión: “Las enfermedades surgen por un diálogo inadecuado del genoma con el ambiente”, “tan importante como el desciframiento del genoma humano es la educación para la salud”.

Caso 2. La paradoja de la expansión de las enfermedades infecciosas

La alarmante reemergencia de las enfermedades infecciosas cuestiona las políticas de salud pública, porque los problemas ya no se resolverán con nuevas balas mágicas (Foladori, 2005). El tradicional “enfoque clínico” (identificar el microorganismo y combatirlo con vacunas y antibióticos [Nature, 2018]) muestra sus debilidades y la necesidad de ser sustituido por un “enfoque no reduccionista”, que mire más allá de la enfermedad, porque los microorganismos son solo agentes y la verdadera razón del rebrote de las infecciones reside en las zoonosis, el cambio climático, la industria agroalimentaria, el comercio globalizado, el uso masivo de agrotóxicos. Es decir, las epidemias están socialmente determinadas.

Los antibióticos han salvado millones de vidas, pero ahora no son comerciales y además generan resistencias microbianas, incluso antes de que termine la patente. No son comerciales porque su rentabilidad es insuficiente para las corporaciones farmacéuticas. Y generan resistencias por el uso de antibióticos de amplio espectro (más potentes) y, fundamentalmente, por el boom de sobreutilización en humanos y animales; más de la mitad de los antibióticos usados en EE UU son para la alimentación animal y más de la mitad de las prescripciones en humanos son estimadas como cuestionables.

La pandemia de la resistencia microbiana es responsable de unas 700.000 muertes anuales (Banco Mundial, 2017). Hace más de 60 años que se conoce la resistencia a la penicilina del Staphylococcus aureus, y desde entonces la epidemia no ha dejado de crecer hasta convertirse en una alerta mundial. Un círculo vicioso: el incremento

del consumo acelera la mutación y la resistencia de los microbios, lo que causa la impotencia de los antibióticos.

Con respecto a las vacunas, la cobertura mundial es del 80% en las principales vacunas infantiles, pero la distribución es muy desigual, no solo por la capacidad de compra, sino por otras inequidades (como transporte o conservación). La OMS reconoce que todos los años mueren 4 millones de personas por enfermedades que podrían ser evitadas por las vacunas.

Caso 3. Las pandemias son sindemias

La sindemia es un neologismo de la unión de sinergia y epidemia, acuñado por M. Singer en los años noventa. Es la simultaneidad de dos o más epidemias, atribuidas a las condiciones sociales, políticas y económicas en un periodo y una población determinada. Una interacción que tiene como sustrato la inequidad: el cambio climático y las desigualdades sociales son las bases sobre las que se construyen las sindemias.

En enero de 2019, un informe de The Lancet (2019) utilizó el término de sindemia global (Swinburn et al., 2019) al referirse a tres pandemias que afectan a la población en todo el mundo: obesidad, malnutrición y cambio climático. Un sistema alimentario poco saludable o insalubre impulsa obesidad en el primer mundo y malnutrición en el tercer mundo. A su vez, el cambio climático vinculado al sistema económico promueve inseguridad alimentaria.

La pandemia de la COVID-19 (Wu y McGoogan, 2020) también reúne características de sindemia, una policrisis mundial de interacciones e incertidumbres interrelacionadas: una zoonosis, como todas las epidemias recientes, activada cuando el virus SARS-CoV-2 saltó de los animales a los humanos en un mercado de Wuhan, con una acelerada propagación que provocó el desconcierto de los sistemas sanitarios y los gobiernos, y una morbilidad reportada de unos 700 millones de casos y 7 millones de muertes, que se pueden multiplicar por 2 o por 4 si incluimos los muertos

con COVID-19 (y no solo por COVID). Del total de infectados, se estima que el 15% requirió hospitalización, y el 5%, cuidados intensivos (UCI).

Aunque la pandemia parece remitir, surge otra gran amenaza en forma de Long-COVID o COVID persistente, definida en 2021 por la OMS como “una condición que ocurre en personas con antecedentes de infección por SARS-CoV-2 y síntomas que duran al menos dos meses y que no se pueden explicar por un diagnóstico alternativo”.

Una apuesta de futuro: la protección

de la salud como un derecho humano

No podemos seguir en la misma dirección sin cuestionar la tendencia a la comercialización del sistema sanitario (Menéndez, 1984), sin ir a las raíces de la inequidad y los procesos destructivos de la salud o sin denunciar la complicidad del Estado en estos procesos. “Es hora de que cambiemos de vía por la protección del planeta y la humanización de la sociedad” (Morin, 2021).

Si en el siglo XIX la salud se caracterizó por la beneficencia, y en el siglo XX, por el estado de bienestar, el siglo XXI tiene que ser el de la “protección de la salud como un derecho humano”[13].

Tabla 1

Protección de la salud como derecho humano

De la seguridad social al derecho humano a la salud		
Siglo XIX	Siglo XX	Siglo XXI
Beneficencia	Estado de bienestar	La protección de la salud

Y proteger la salud como un derecho humano significa:

Un enfoque integral de la salud desde sus determinantes (socioeconómicos, culturales, de género y ambientales). La salud no puede estar sometida a riesgos evitables, cuando estos están claramente identificados: la contaminación, la violencia, la privación de necesidades esenciales, la alimentación no saludable…

Garantizar una atención sanitaria universal, pública con una orientación comunitaria de los servicios (en beneficio de las necesidades de la comunidad), democrática (la propiedad democrática de los servicios públicos, más allá del estatismo) y con la necesaria suficiencia financiera. La solidaridad es la razón de ser de los sistemas sanitarios. Como demostró J. Nash, hasta la propia supervivencia de la vida humana está determinada por la cuota de solidaridad de una comunidad.

La tecnociencia al servicio de las necesidades humanas. El conocimiento es un bien común y como tal confiere derecho de uso, lo que implica la ruptura con el complejo médico-industrial (Rifikin, 2022), las patentes y la medicina entendida como una industria comercial (Hart, 1971).

La ciudadanía, de receptora pasiva de servicios a coproductora de salud, con participación en la toma de decisiones. Los pacientes tienen que conservar su dignidad como ciudadanos y rechazar su degradación a la categoría de consumidores. La medicina no puede seguir negando el autocuidado de la salud y el conocimiento que proviene del enfermo. El consumismo tiene que dar paso a la autogestión y la democracia representativa tiene que reinventarse en la democracia deliberativa.

Bibliografía

Andel, C. et al. (2012): “The economics of health care quality and medical errors”, J Health Care Finance, 39(1), pp. 39-50.

Banco Mundial (2017): “Drug resistant infections. A Threat to our Economic Future”, marzo.

Beveridge, W. (1942): Social Insurance and Allied Services Report, Reino Unido.

Bodenheimer, T. (2000): “Uneasy Alliance. Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry”, NEJM, 342(20), pp. 539-1544.

Castells, M. (1998): La era de la información: Economía, sociedad y cultura, Vols. 3, Madrid, Alianza, pp. 44-45.

CIS (2022): Barómetro sanitario CIS, 5 de diciembre. Disponible en https://bitly.ws/ToAR.

Comisión Europea (2004): “La gobernanza europea”, Revista de Derecho de la Unión Europea, nº 6, primer semestre. Disponible en https://bitly.ws/TEhA.

El País (1986): “Un fracaso del Gobierno”, El País (editorial), 31 de marzo.

Foladori, G. (2005): “El reto de las enfermedades infecciosas al paradigma biomédico”, Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences, 12(2).

Fuertes, A. (2004): “Consumismo sanitario”, El Adelanto de Salamanca, 14 de agosto.

Galas, D. y Hood, L. (2009): “La biología de sistemas y las tecnologías emergentes catalizarán la transición de la medicina reactiva a la medicina predictiva, personalizada, preventiva y participativa (P4)”, Interdisciplinary Bio Central, 1, pp. 1-6.

Gil-Girbau, M. et al. (2021): “Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud”, Gaceta Sanitaria, enero/febrero, 35(1), pp. 48-59.

Hart, J. T. (1971): “The Inverse care law”, Lancet, 297, pp.

405-412.

Hofmann, B. M. (2015): “Too much technology”, British Medical Journal, 12 de enero, 350, p. 705.

Laval, C. y Dardot, P. (2013): La nueva razón del mundo, Barcelona, Gedisa Editorial.

López Otín, C. (2019): “Ponencia de estudio sobre genómica”, Comisión de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 13 de febrero. Disponible en https://bitly.ws/TEPV.

Marchant, J. (2018): “Cuando los antibióticos se vuelven tóxicos”, Nature Research Journal, 21 de marzo. Disponible en https://bitly.ws/TERB.

Makary, M. y Daniel, M. (2016): “Medical error—the third leading cause of death in the US”, BMJ, 353: i2139.

McKey, M. (2014): “Causas de muerte en los distritos de Londres y desigualdades en salud”, The Guardian, 8 de enero. Disponible en https://bitly.ws/U52z.

Menéndez, E. (1984): “Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto-atención (gestión)”, Cuadernos de la Casa Chata, 86.

Moore, D. (2021): “Pharma Companies Spend Billions More on Stock Buybacks Than Developing Drugs”, The American Prospect, 15 de julio. Disponible en https://bitly.ws/TEH6.

Morin, E. (2021): “Cambiemos de vía. Lecciones de la pandemia”, Barcelona, Paidós.

Narro-Robles, J. (2004): “La herencia de Flexner. Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad”, Gaceta Médica de México, enero/febrero, 140(1).

Nasir, K. et al. (2015): “Implications of Coronary Artery Calcium Testing Among Statin Candidates According to American College of Cardiology/American Heart Association Cholesterol Management Guidelines: MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis)”, J Am

Col Cardioll, 13 de octubre, 66(15), pp. 1657-68.

Novoa, A. (2018): “Contra el reduccionismo biológico mecanicista”, Nogracias.org, 20 de enero. Disponible en https://bitly.ws/TEcZ.

— (2017): “Crecimiento y sostenibilidad”, Sanidadpublicaasturias.org, 31 de mayo. Disponible en https://bitly.ws/TEwd.

— (2019): “Epistemología para la Atención Primaria”, Nogracias.org, 21 de abril. Disponible en https://bitly.ws/TEmT.

— (2022): “Captura del conocimiento biomédico: claves para una terapia epistémica”, Nogracias.org, 30 de junio. Disponible en https://bitly.ws/TEdW.

OMS (2016): WHO Shanghai Declaration, Shangái, 21 de noviembre. Disponible en https://bitly.ws/TEDL.

Osler, W. (1892): “Remarks on Specialism”, New England Journal of Medicine.

Prasad, V. et al. (2016): “Precision oncology: origins, optimism, and potential”, Lancet Oncol, 17(2): e81-6.

Purcell, K. et al. (2014): “The effect of rate of weight loss on long-term weight management: a randomised controlled trial”, The Lancet, 2(12), pp. 954-962.

Rifkin, J. (2022): La era de la resiliencia, Barcelona, Paidós, Estado y sociedad.

Romains, J. ([1923] 1991): El doctor Knock o el triunfo de la medicina, Madrid, Bruño.

Swinburn, B. A. et al. (2019): “The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report”, The Lancet, febrero, 393(10173), pp. 791-846.

Tudor Hart, J. (2009): La economía política de la salud, una perspectiva clínica, Madrid, GPS.

Wade, D. y Halligan, P. (2004): “Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?”, BMJ, 11 de diciembre, 329(7479), pp. 1398-1401.

Whitty, C. et al. (2023): “Restoring and extending secondary prevention”, BMJ, 380, p. 201.

Wu, Z. y McGoogan, J. M. (2020): “Características y lecciones importantes del brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en China: resumen de un informe de 72 314 casos del Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades”, JAMA, 323, pp. 1239-1242.

Capítulo 9

La política farmacéutica después de la COVID-19: un cambio necesario

Fernando Lamata Cotanda y Serapio Severiano Peña

La gran mentira: ‘los derechos de propiedad intelectual’ son el ‘incentivo’ necesario

para mantener la I+D en medicamentos

Antes de la pandemia de la COVID-19, la industria farmacéutica controlaba las políticas (y la narrativa) sobre medicamentos desarrolladas en España, en la Unión Europea (UE), en EE UU y en la mayor parte de los países del mundo; después de la pandemia, lamentablemente, las sigue controlando. Este control se basa en un fuerte poder económico. Ese poder se lo dan los gobiernos a través de los monopolios.

En el mundo, pagamos 1,3 billones de euros por medicamentos (2021) (Mikulic, 2022). El coste de fabricación, incluyendo un beneficio industrial razonable (como si fuera un medicamento genérico), asciende a 500.000 millones de euros. El resto son sobreprecios: 800.000 millones de euros que pagamos por el monopolio de las patentes, como si fuera un impuesto indirecto sobre el medicamento, para, supuestamente, financiar la investigación. Pero, de esa cantidad, las empresas gastan solamente 200.000 millones de euros en I+D, que engloba la investigación innovadora, pero también los medicamentos me too (que es la mayoría), así como la compra de moléculas a otras empresas, algunas acciones de marketing (ensayos clínicos promocionales), etc. El resto, 600.000 millones de euros, son beneficios que se dedican a dividendos, recompra de acciones para subir su valor, bonos y una potentísima acción de marketing a todos los niveles. Así, el valor en bolsa de las empresas farmacéuticas se triplicó entre 2003 y 2020, pasando de 1,99 billones de dólares a 7,03 billones de dólares (Torreya, 2021). Como dice Priti Kristhel, “las empresas farmacéuticas abusan del sistema de patentes, y los pacientes pagan el precio” (Krishtel, 2022).

Con la presión que realiza el lobby farmacéutico sobre los gobiernos, logra imponer sus decisiones: prioridades de investigación en función de intereses comerciales, control de dónde

se produce, cuánto se produce y a quién se vende, fijación de precios abusivos, control de la formación continuada de los profesionales (congresos, cursos, publicaciones científicas, etc.), control de las guías clínicas, influencia sobre las asociaciones de pacientes, etc. (Angell, 2004). Un verdadero círculo vicioso.

Conviene insistir: la concesión de monopolios de medicamentos a las industrias por parte de los gobiernos es el factor clave que refuerza su capacidad de presión, perpetuando las políticas farmacéuticas. No siempre fue así. En España, el Estatuto de la Propiedad Industrial de 1929 prohibía expresamente patentar productos farmacéuticos, porque se preveía que las patentes supondrían una barrera al acceso a los medicamentos para muchos. Y así es: las patentes en medicamentos matan. Cada año mueren diez millones de personas en el mundo por no poder acceder al medicamento.

En nuestro país, las patentes de medicamentos comenzaron a aplicarse en 1992 (nos vimos obligados para entrar en la UE). Antes de eso se podían fabricar genéricos de todos los nuevos medicamentos. En Alemania, las patentes de medicamentos se introdujeron en 1967, en Francia en 1968, en Suiza en 1977, en Italia en 1978. En EE UU se fueron introduciendo por la presión de la industria química en los primeros años del siglo XX. La profesión médica se oponía. Hasta entonces estaba claro para todos que los conocimientos médicos, las técnicas diagnósticas y terapéuticas, debían difundirse cuanto antes, libremente, a todos los profesionales, para beneficio de los pacientes. Así, los profesionales sanitarios enseñaban a otros sus técnicas, publicaban sus descubrimientos en revistas científicas y compartían el saber. Era parte de la ética profesional. “Los pacientes por delante del interés pecuniario”. El monopolio en este campo del conocimiento era rechazado. Cuando a Jonas Salk le preguntaron de quién era la patente de la vacuna de la polio que él había contribuido a descubrir, contestó: “De la gente. ¿Se puede patentar el sol?”. Los medicamentos son bienes públicos y deben beneficiar a todas las personas.

Sin embargo, las patentes y otros derechos de propiedad intelectual (DPI) de medicamentos se generalizaron en 1995, por la fortísima

presión de la industria farmacéutica y otros sectores, que lograron incluir los medicamentos en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS en inglés) (WTO, 1994). ¿Qué supone una patente?: un monopolio durante 20 años. Durante ese tiempo pueden poner el precio más alto posible, muy por encima de los costes, porque no hay competencia. Gracias a ello ganan un dinero extraordinario, hasta que la competencia pueda vender a precios más cercanos al coste (genéricos). Es un impuesto sobre los medicamentos, cuyo importe lo fija la industria farmacéutica y que recauda directamente la propia industria.

La razón que argumentaron esas empresas para imponer las patentes y otras exclusividades que conceden los Estados es que eran necesarias para financiar la investigación y transferir así el conocimiento, "de manera suficientemente clara y completa para que las personas capacitadas en la técnica de que se trate puedan llevar a efecto la invención…". La realidad es bien distinta. Las patentes y otros DPI no han aumentado la I+D innovadora y no han facilitado, sino todo lo contrario, la transferencia de conocimiento y tecnología. Lo que sí han supuesto es beneficios enormes para la Big Pharma.

Antes de que se generalizaran las patentes de medicamentos, entre 1950 y 1994, las empresas farmacéuticas ya ganaban, en beneficio sobre ventas, un 100% más que las otras empresas industriales no farmacéuticas: 10% frente al 5% de beneficios sobre ventas; el doble. Y obtenían ese beneficio pagando la investigación, la que funcionaba y la que no. Según un estudio del profesor Félix Lobo, antes de que se generalizaran las patentes en los países de la UE, y cuando ya se habían extendido en EE UU, había más investigación innovadora en la UE que en EE UU. El efecto de las patentes no es más I+D, es más beneficio para los ejecutivos de las empresas farmacéuticas. La mayoría de la investigación innovadora actual se financia directamente con fondos públicos, en universidades, centros de investigación, etc., o con proyectos subvencionados, becas y otros mecanismos. Estos centros realizan la investigación y luego venden las patentes a una empresa farmacéutica grande, para que complete los ensayos clínicos en fase III, tramite la autorización del producto y comience su fabricación. Suelen vender por lo que

les costó hacer la investigación más un porcentaje. Y, luego, la gran empresa, con las patentes y el monopolio, fija precios abusivos y recupera lo que se han gastado “supuestamente” en I+D en dos o tres años o menos. A partir de ahí, los años de monopolio reportan beneficios abusivos.

En la Unión Europea, a la patente se añadieron otras “exclusividades”, de datos y de comercialización, certificados de protección complementaria, etc.: en definitiva, más tiempo de monopolio. La consecuencia de los monopolios son precios muy por encima de costes de fabricación y de I+D; es lo que se llama abuso de posición dominante. El resultado es que las patentes en medicamentos matan: elevan los precios y limitan la producción, y se crean barreras de acceso. Según la OMS, 2.000 millones de personas en el mundo no tienen acceso al medicamento que necesitan, y muchos mueren por esa causa (400.000 de hepatitis C, 650.000 de VIH/sida y otros muchos miles de diabetes, tuberculosis, malaria, cáncer, etc.). También en España, según el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, entre uno y dos millones de personas no pueden tomar la medicina prescrita en la sanidad pública por razones económicas. Con menos de la mitad de lo que vamos a gastar los países ricos a precio injusto, podríamos pagar los medicamentos para todas las personas que lo precisen en todo el mundo, a un precio justo.

El modelo actual de investigación y fabricación de medicamentos, construido sobre la cesión de monopolios a la industria, es un modelo perverso que no garantiza el derecho constitucional a los medicamentos necesarios. Genera un gasto farmacéutico abusivo, que se detrae de otras partidas, como pueden ser los gastos de personal. Así, entre 1986 y 2021, el gasto farmacéutico público, en relación con el gasto sanitario público total, creció un 32% (y eso sin tener en cuenta el desvío de gasto público a gasto privado con los copagos de pensionistas y la desfinanciación de algunos medicamentos); en cambio, el gasto en personal sobre el gasto sanitario público total se redujo un 16%. De esta manera, el conjunto del Sistema Nacional de Salud se ve afectado. Con datos del Ministerio de Hacienda, vemos que el gasto farmacéutico público en España superará los 22.000 millones de euros en 2022. Un 5,22% más que en 2021. El exceso de gasto por sobreprecios y

por prescripción inadecuada ascendería a más de 10.000 millones de euros anuales, que deberían invertirse en otras necesidades de salud.

El papel y el poder de la industria farmacéutica durante la pandemia

de la COVID-19

En la pandemia de la COVID-19 hemos asistido a una gran paradoja: el enorme avance de investigación que hizo posible el éxito de las vacunas y el estrepitoso fracaso que ha supuesto su distribución y acceso universal, a pesar de la gran inversión pública que han recibido las empresas en la mayoría de los casos, lo que ha provocado que en los países más pobres la vacuna solo haya llegado al 26% de su población a principios de 2023 mientras en los países ricos haya habido acaparamiento (Our World in Data, 2023).

En los contratos de "compra anticipada" de vacunas, las empresas impusieron a los gobiernos la exigencia de que los derechos de propiedad intelectual quedaban en sus manos. Los argumentos eran que ellos podían terminar las últimas fases de la investigación y tramitar la autorización en las agencias, y así producir rápidamente. Pero la legislación de emergencia hubiera permitido someter a control público cualquier empresa estratégica. Y, además, la financiación pública daba derecho a las Administraciones a retener la titularidad de las patentes. De esa forma, con la mitad del dinero gastado por los países ricos en la compra de vacunas, se podría haber vacunado a todo el mundo, al mismo tiempo.

Sin embargo, los gobiernos cedieron, poniendo por delante el interés de las grandes empresas y dejando de lado la equidad y el derecho universal a la salud. Se pusieron los beneficios por encima de las vidas de la gente. Con una financiación mayoritariamente pública de I+D (a través del uso de investigaciones básicas de centros nacionales, de subvenciones directas y de compras anticipadas), las vacunas deberían haber sido bienes públicos, con la titularidad de los derechos de propiedad intelectual reservada a las Administraciones públicas, pudiendo así conceder licencias no

exclusivas a todas las entidades con capacidad de producción en todo el mundo. Sin embargo, la Unión Europea y los EE UU cedieron a las empresas los derechos de propiedad intelectual, con lo que les dejaron la decisión sobre el volumen y lugar de producción (limitando el volumen global), sobre los precios (fijándolos veinte veces o más por encima de los costes) y sobre a quién vender primero (discriminando según capacidad de pago). En palabras del premio nobel Joseph Stiglitz esto se tradujo en una distribución no equitativa y

un fracaso épico de la humanidad… Con las vacunas disponibles durante casi dos años, solamente se vacunó, con una dosis, a un 20% de la población de países de bajos ingresos... El resultado es un apartheid de vacunas: las dosis completas y los refuerzos con vacunas mARN han estado disponibles para la gente en los países ricos, mientras muchas personas en el sur global continúan sin vacunas… Los políticos deben cambiar radicalmente su abordaje sobre cómo controlar el régimen de Propiedad Intelectual (Stiglitz y Wallach, 2022).

Pero ¿es un fracaso para todos? Desde luego es un fracaso para el conjunto de la sociedad y para los gobiernos que deberían defender los intereses generales. No obstante, imaginémonos que estamos en el Consejo de Administración de Pfizer. ¿Hablaríamos de fracaso? Todo lo contrario. Este es un ejemplo más del impacto negativo que tienen sobre el conjunto de la sociedad las patentes y los monopolios en el ámbito sanitario; pero, al mismo tiempo, es un ejemplo del enorme éxito de las empresas farmacéuticas que, con el monopolio de las vacunas, han ganado 200.000 millones de euros en ventas en dos años y han revalorizado sus acciones, con beneficios abusivos de más de 180.000 millones de euros. El fracaso en la distribución universal de las vacunas, como bien público, es el éxito de los altos ejecutivos de las empresas farmacéuticas y fondos de inversión.

Durante la pandemia, una mayoría de países del planeta pidieron la suspensión temporal de los derechos de propiedad intelectual

relacionados con tecnologías COVID. España apoyó esa propuesta, los EE UU (en una decisión inesperada) se mostraron dispuestos a estudiar esa posibilidad, pero la Unión Europea, junto con otros pocos países de altos ingresos, sometidos a una fuerte presión del lobby de la industria, se opusieron frontalmente (Furlong et al., 2022).

Sin embargo, la gestión de la pandemia también ha tenido aspectos positivos:

Se han podido crear fondos públicos de investigación, en tiempo récord. Más de 30.000 millones de euros en menos de seis meses.

Con esos fondos públicos se ha financiado la “compra anticipada” de vacunas; es decir, se han pagado cantidades muy importantes a las empresas que tenían una vacuna en estudio en fase inicial, para completar los estudios y desarrollar el producto. Se demuestra así que se pueden hacer contratos para promover investigaciones de determinados productos, según las prioridades de salud de la población. El fallo, en esta ocasión, es que los derechos de propiedad intelectual se regalaron a las empresas. Este fallo se debe corregir en el futuro.

Otro aspecto positivo fueron algunos ejemplos de investigación abierta. Se compartió la composición del genoma del virus. Se desarrollaron ensayos clínicos coordinados por la OMS, como en Ensayo Solidarity, para comprobar la eficacia de diferentes tratamientos. Es verdad que ha sido insuficiente (podían haberse ahorrado duplicidad de estudios, retrasos por falta de información, etc.), pero muestra un camino.

Se ha realizado compra conjunta entre todos los países de la UE, a un mismo precio, por un comité negociador común. Esta es una experiencia positiva, a la que muchos países de la UE (sobre todo los de rentas altas) se oponían sistemáticamente.

Se ha logrado, al menos en un caso, negociar un precio cercano al coste (vacuna de AstraZeneca, detallando todos los costes, de fabricación, rellenado, empaquetado, etc., aunque la Comisión

Europea mantuvo secretos estos costes).

Se ha logrado también la distribución equitativa entre países en la Unión Europea, repartiendo las dosis en función de población y priorizando (en los primeros meses) las poblaciones más vulnerables. También es insólito en la historia de la UE.

Otro hito importante fue la investigación, producción y distribución de la vacuna Corbevax, del Baylor College of Medicine (Houston) y el Centro Infantil de Vacunas de Texas, con licencia no exclusiva, y con transferencia de tecnología, abriendo así la posibilidad de que cualquier empresa autorizada pueda fabricarla y venderla a precio de coste, alrededor de un dólar por dosis, veinte veces menos que las de Pfizer y Moderna.

De la misma manera, el CSIC español cedió un test para la COVID al COVID Technology Access Pool (C-TAP), de la OMS: con licencia no exclusiva, transferencia de tecnología y know how y compromiso de venta a precio cercano al coste.

Con motivo de la pandemia, la OMS creó un centro de transferencia de tecnología en Sudáfrica, para replicar investigación, con transferencia de know how y tecnología a diferentes empresas del mundo.

Todos estos son ejemplos de cómo se podrían hacer bien las cosas. Nos muestra que poner en marcha los diferentes elementos de un nuevo modelo farmacéutico no es utópico, es posible: se ha hecho. Lo que necesitamos ahora es generalizarlo y no limitarlo a situaciones de emergencia.

Por otro lado, durante estos meses, se creó una conciencia social de la necesidad de suspender las patentes. Hubo varias iniciativas para pedir la suspensión de patentes durante la pandemia (asociaciones, líderes políticos, premios Nobel…), haciendo ver que eran una barrera para el acceso rápido y equitativo (precio excesivo, producción limitada). Se produjo un interesante debate social, en medios de comunicación; se recogieron cientos de firmantes de cartas, se promovió una iniciativa ciudadana europea (Right2Cure),

se aprobaron resoluciones del Parlamento Europeo, de parlamentos nacionales y autonómicos, de ayuntamientos, etc.

A día de hoy, el virus de la COVID sigue circulando y mutando. A finales de 2022 y primeras semanas de 2023 se registraron nuevos rebrotes en China, en EE UU y otros países, con variantes más contagiosas. Nada impide que pueda haber una variante más letal. Pero, además, las condiciones que ha generado esta pandemia siguen sin corregirse, y podrían aparecer nuevos patógenos más agresivos y mortales que provoquen nuevas pandemias. Es necesario otro enfoque.

Después de la crisis de la COVID-19, la 'inercia' (es decir, la presión) para seguir igual es muy fuerte

El tratado de pandemias como oportunidad

En diciembre de 2021, la Asamblea de la OMS aprobó abrir el proceso de elaboración de un tratado o convención para hacer frente a futuras pandemias (prevención, preparación y respuesta), que incluyera la investigación, desarrollo, producción y distribución de vacunas y tecnologías. Se creó un órgano de negociación intergubernamental (INB) para discutir y elaborar el acuerdo. Un primer borrador deberá estar disponible en 2023. La posible aprobación se fija para 2024.

El órgano negociador elaboró un "borrador conceptual cero", que recoge una serie de propuestas para incluir en el tratado (WHO, 2022). En dicho borrador se indica, en primer lugar, que los contenidos del tratado deberían ser vinculantes, al amparo del artículo 19 de la Constitución de la OMS. El borrador señala también que el tratado se basará en la defensa de los derechos humanos, el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad y la transparencia. En el preámbulo del borrador (puntos 35 a 38) se subraya que los derechos de propiedad intelectual y el acuerdo ADPIC no deben impedir tomar medidas para proteger la salud púbica, y se reconoce que "la propiedad intelectual en tecnologías médicas necesarias para la vida puede suponer amenazas y barreras a la plena realización del derecho a la salud y al progreso científico, particularmente el efecto en los precios, que limita el acceso e impide la producción local independiente…". El punto 40 del preámbulo recuerda la resolución WHA61.21 (2008) sobre la estrategia global y plan de acción en salud pública, innovación y propiedad intelectual, que proponía un plan de acción, separando la financiación de la I+D de los monopolios.

En el articulado del borrador se incluyen otras propuestas interesantes. El artículo 6 insiste en la transparencia de precios y costes y en la necesidad de crear reservas estratégicas de productos y de principios activos. El artículo 7 establece la necesidad de crear mecanismos eficaces para la transferencia de la tecnología y know how, para promover la fabricación en todas las regiones. Además, incluye la suspensión temporal de los DPI que supongan barreras para la fabricación de productos necesarios durante la pandemia. El artículo 8 recomienda/mandata que los países redoblen su inversión y capacidades en I+D. La inversión pública en I+D deberá incluir condiciones en relación con los precios, la distribución, las licencias abiertas y la transferencia de tecnología y conocimiento (que permita una producción distribuida en todo el mundo), y los contratos deberán ser transparentes. También indica la necesidad de promover investigación coordinada en los ámbitos nacional, regional e internacional, con información abierta y compartida. El artículo 9 establece la adopción de medidas que aseguren la distribución equitativa de los productos. Otros artículos del borrador se refieren al refuerzo de la salud pública y de los sistemas de salud, al refuerzo de las capacidades de los recursos humanos en salud, a la implicación ciudadana, a la preparación y monitorización de planes de preparación y respuesta ante pandemias, a los instrumentos de aplicación del tratado y a su financiación.

El hecho de que el calendario de elaboración de este tratado sea de más de dos años ya indica que algunos países, con fuerza suficiente, están frenando su desarrollo. En cuanto al contenido, es muy probable que los aspectos relativos a las patentes y los DPI, y su posible suspensión, sean bloqueados por algunos gobiernos, presionados por la Big Pharma. ¿Deberemos sufrir una pandemia mucho más catastrófica para que los gobiernos se animen a responder y cambiar el modelo?

La estrategia farmacéutica para Europa

La Comisión Europea aprobó la Comunicación sobre la Estrategia el

25 de noviembre de 2020, en plena crisis de la COVID-19 (Comisión Europea, 2020). A lo largo de 2023 deberá proponer las modificaciones legislativas que se discutirán después por el Consejo y el Parlamento. En el documento de estrategia, la Comisión Europea apunta algunos problemas del actual modelo: los altísimos precios de nuevos medicamentos retrasan su introducción; en ocasiones, se raciona su consumo; estos altos precios condicionan la retirada de medicamentos con precios asequibles que ya están fuera de patente, lo que produce desabastecimientos; como consecuencia, muchos pacientes en la UE no pueden acceder a los medicamentos que necesitan y el actual modelo farmacéutico amenaza la sostenibilidad de los sistemas de salud. Pero, sin embargo, el documento no ataca su causa principal, los monopolios y exclusividades. La Comisión Europea defiende estos monopolios con uñas y dientes, cediendo a las presiones de la industria, con el argumento de que tienen que favorecer unas condiciones ventajosas para las empresas. Pero ni siquiera hacen bien los números. En la Estrategia, la Comisión dice que la industria farmacéutica invierte más de 37.000 millones de euros en I+D. Es una cifra que toma del informe de la propia industria (EFPIA). Pero no se da cuenta de que esa cifra incluye las inversiones de países que no forman parte de la UE, como Rusia, Noruega, Suiza y Reino Unido. Restando sus gastos en investigación, la inversión en I+D en la UE-27 de las empresas farmacéuticas rondaba los 25.000 millones de euros en 2019. Pero la Comisión tampoco se molesta en ver una cuestión clave: ¿cuánto les hemos pagado en sobreprecios con el “incentivo” de los monopolios (por encima de lo que cuesta la fabricación y un beneficio industrial razonable)? Pues bien, en la UE hemos pagado a las empresas 100.000 millones en sobreprecios, supuestamente para hacer I+D. Quiere decir que nos están facturando 75.000 millones de euros en exceso, abusando de los monopolios. La Estrategia no analiza este desajuste, este abuso, y, por lo tanto, las medidas que propone son continuistas.

Para lograr que se investigue en enfermedades raras o en problemas no atendidos, como los antimicrobianos, esta Estrategia dice que hay que buscar más “incentivos” para la industria. Y la industria, lógicamente, propone ampliar las exclusividades y los monopolios. Es verdad que, en el punto 2.2., expone que revisará la situación de los actuales “incentivos” y buscará formas de aumentar la

competencia. Pero, en el contexto del documento, esto suena vacío. Pide que haya transparencia en los costes de I+D, pero no introduce mecanismos para exigir esa transparencia y monitorizar los precios. Habla de promover los genéricos y biosimilares, de utilizar la Evaluación de Tecnologías de Salud, la compra pública y la compra conjunta y de mejorar la prescripción. Son medidas interesantes, pero que se anulan mientras exista el modelo de monopolios.

El punto 3 de la Estrategia se refiere a medidas de apoyo a la industria para mejorar su competitividad. Todo parece indicar que este es el eje central de este documento, los intereses de la industria, y no, como se afirma al principio, los intereses de los pacientes. En el punto 4 se discute la resiliencia del sistema y la respuesta a las crisis. Aquí puede ser interesante el papel de HERA, el departamento (autoridad) para la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias, creado a raíz de la pandemia. Esta unidad debería asegurar la investigación y desarrollo, producción y distribución de medicinas, vacunas y otras medidas frente a las crisis. Debe monitorizar las capacidades de producción de los países, el abastecimiento y reserva estratégica de materias primas, y debe coordinar posibles medidas para reforzar dichas capacidades. Puede actuar también impulsando la compra conjunta y la compra anticipada de productos. Finalmente, el punto 5 se refiere al papel global de la UE: declara su interés en impulsar el diálogo con todos los países para promover el acceso a los medicamentos; pero, sin embargo, en la OMS y en la Organización Mundial del Comercio, la UE apoya una y otra vez las posiciones de la industria contra los intereses de los países de bajos ingresos: business as usual.

Una voz discordante: la propuesta del Parlamento Europeo sobre investigación y desarrollo farmacéutico en Europa

En diciembre de 2021 (un año después de lanzada la Estrategia), el Servicio de Investigación del Parlamento Europeo, a través de su unidad de previsión científica (STOA), presentó un estudio dirigido por el profesor Massimo Florio, de la Universidad de Milán

(Parlamento Europeo, 2021). En su introducción se indica que la COVID-19 ha mostrado que “el diseño actual y la gestión de las políticas de financiación pública para la investigación farmacéutica y la regulación del mercado contribuyen a deficiencias en la priorización de inversiones, su efectividad y su eficiencia”. Sabemos que un buen diagnóstico de un problema es clave para diseñar soluciones útiles. Pues bien, el diagnóstico que hace este documento es más acertado que el que hacía la Estrategia y, en consecuencia, su propuesta es más atinada. En contraste con HERA, proponen una “Infraestructura de Medicamentos Europea” (EMI), que sería responsable de la I+D, de la producción de medicinas, vacunas y de otros productos biomédicos, más allá de las emergencias sanitarias, forzando un cambio estructural en el actual modelo de I+D farmacéutica (los monopolios).

El estudio identifica seis fallos que afectan al funcionamiento del mercado farmacéutico:

Desconexión entre las prioridades de las empresas farmacéuticas y las prioridades de salud pública.

Desajuste entre la ciencia abierta y las patentes. Estas debían servir para hacer pública la información necesaria para fabricar el invento, que podría ser copiado al acabar los 20 años de monopolio; sin embargo, esa información es insuficiente, existen además otras barreras, como los secretos comerciales, y otra información no compartida. Además, gran parte de los conocimientos que usan las empresas farmacéuticas viene de investigación realizada con fondos públicos en instituciones públicas. Y, por otro lado, las patentes llevan a precios inasequibles y a falta de medicamentos en algunos campos, etc.

Las patentes y los subsidios públicos financian la I+D en su mayor parte, pero no se traducen en precios más ajustados, sino en más beneficios para la industria.

Los monopolios de facto condicionan fallos de acceso y asequibilidad de medicamentos (precios muy por encima de costes, concentración de mercado, problemas de acceso a los pacientes y de

sostenibilidad a los sistemas de salud, los gobiernos tratan de responder con reducción de precios por distintos mecanismos y las empresas responden con desabastecimiento).

Falta de estudios poscomercialización, para ver el efecto de las medicinas en el mundo real.

Asimetrías de información en la compra pública de medicamentos. Los gobiernos pagan, pero las empresas no comparten la información sobre los costes de I+D, costes de producción y distribución, etc.; así, las autoridades no pueden saber si los precios son razonables.

Por eso, el documento del Parlamento Europeo propone la creación de EMI. Este organismo crearía un portafolio de proyectos de innovación en áreas seleccionadas para los próximos 30 años: áreas no investigadas por el sector privado, áreas con precios exorbitantes, áreas con desabastecimientos. Realizaría ensayos clínicos sobre medicamentos ya autorizados para ver su efectividad, seguridad, etc. Y monitorizaría el suministro de materias primas, reforzando las áreas precisas.

El estudio analiza las propuestas de la Estrategia europea y las considera insuficientes: se basan en el actual modelo de monopolios. HERA financiará a la industria para que desarrolle medicamentos o vacunas (como hizo la UE con la compra anticipada en la COVID-19), pero dejará los DPI en la industria, con la fijación de precios abusivos y limitación de producción que sufrimos entonces. Y, además, solo en caso de emergencias. La European Medicines Infrastructure (EMI) sería similar a los Institutos Nacionales de Salud en EE UU, pero yendo más allá en cuanto a la retención de los DPI y a la producción de medicamentos y tecnologías relacionadas.

La necesidad de cambio: alternativas

para una política farmacéutica más saludable

El modelo alternativo para construir una política farmacéutica justa pasa por un convenio internacional que contenga la prohibición de patentes y otras exclusividades de los medicamentos:

Se trata de separar (delinkage) los precios de los medicamentos de los costes de la investigación y desarrollo (así lo recomendó el Consultative Expert Working Group de la OMS sobre la Estrategia Global y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual en 2012; también lo hizo el Panel de Alto Nivel de la Secretaría General de Naciones Unidas en 2016 y así lo recomendaba otra vez, en 2017, el Panel de Expertos de la OMS encargado de la revisión del programa de la Estrategia Global y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual).

Crear un fondo global, financiado por los países en proporción a su PIB, para investigación y desarrollo de medicamentos. Este fondo se sumaría a los más de 100.000 millones que destinan actualmente los gobiernos en diferentes instituciones públicas nacionales o regionales.

Las prioridades de investigación se fijarían en función de las necesidades de salud, por un comité científico y un órgano de gobierno multilateral.

La investigación sería abierta y cooperativa.

Se facilitaría la transferencia de tecnología y know how, a través de mecanismos como la Technology Access Pool para la COVID-19.

Se facilitarían licencias abiertas para permitir la producción de medicamentos y otros productos en todas las plantas disponibles del mundo. Se potenciaría la creación de centros de producción estratégicos de carácter nacional y multinacional, para asegurar el suministro de medicamentos esenciales.

El precio se fijaría cercano al coste, con un beneficio industrial moderado. El ahorro global de más de 600.000 millones de euros se podría destinar a otras inversiones en salud.

Se crearían mecanismos para una distribución equitativa (como se hizo en la UE con las vacunas para la COVID-19).

No es imposible. Varios de estos elementos que componen el nuevo modelo farmacéutico ya se han probado con éxito, singularmente durante la pandemia de la COVID-19: se crearon fondos públicos en EE UU, la UE, etc.; se financió la investigación y desarrollo de vacunas mediante compras anticipadas (el problema es que los gobiernos no retuvieron la propiedad intelectual); se han desarrollado medicamentos o test diagnósticos que se han puesto a disposición de la OMS (y de todos los países), a través de la C-TAP; se ha fijado precio de coste para algunas vacunas, etc.

Es preciso que el Gobierno de España y otros gobiernos actúen en el Consejo Europeo y en el Parlamento Europeo para apoyar la creación de este nuevo modelo. Un primer paso sería el tratado de pandemias. Pero, además, habría que poner en marcha los trabajos para un nuevo convenio internacional sobre acceso a los medicamentos, no solo para las emergencias, sino para hacer frente a este problema estructural. Y, por otro lado, sería preciso avanzar en una nueva gobernanza mundial, impulsando una federación de naciones en la Organización de Naciones Unidas, con capacidad ejecutiva: un gobierno multinacional para contrapesar y lograr un equilibrio con los poderes económicos multinacionales, en beneficio del conjunto de la sociedad, en línea con lo sugerido por Luigi Ferrajoli y su Constitución de la Tierra (Ferrajoli, 2022).

La política farmacéutica en España puede

y debería cambiar

Mientras se avanza en ese convenio internacional, y mientras se suspenden las patentes y otras exclusividades en medicamentos, el Gobierno tiene que impulsar una serie de medidas en el ámbito nacional, para frenar el impacto negativo de los monopolios farmacéuticos sobre el sistema sanitario. En este sentido, debería aprovechar la reforma de la Ley del Medicamento, anunciada por el Ministerio de Sanidad en la legislatura que acaba en 2023, incluyendo las siguientes medidas:

Negociar precios cercanos a los costes de fabricación e investigación, publicando dichos costes y su comparación con los precios que exigen las empresas. Se debe rechazar la fijación del precio por "valor"; el criterio de coste-efectividad se utilizará para decidir la financiación pública de un medicamento, pero no para fijar los precios

Aplicar licencias obligatorias (para permitir la fabricación o importación de genéricos o biosimilares) en caso de que las empresas mantengan precios abusivos y no acepten reducirlos.

Reclamar los derechos de propiedad intelectual de productos resultantes de investigación patrocinada por el sector público.

Mientras existan monopolios y precios abusivos, aumentar la aportación de las empresas farmacéuticas sobre volumen de ventas, para financiar la investigación y la formación continuada, del 1,5-2% al 15-20% (disposición adicional 6ª de la Ley del Medicamento); de esta forma se podría reducir la influencia de la industria sobre los profesionales y se evitaría el sesgo en la investigación y en la prescripción.

Prohibir que cualquier persona que recibe patrocinios de la industria participe en comisiones asesoras o puestos de gestión que

tengan que ver con la aprobación, financiación o fijación de precios de medicamentos, tanto en los ministerios como en las agencias o las consejerías; fijar incompatibilidades estrictas para evitar puertas giratorias.

Potenciar la elaboración hospitalaria de medicamentos y poner las bases para una industria farmacéutica nacional de carácter estratégico.

Tender a la supresión de los copagos, garantizando que nadie se quede sin acceder al medicamento necesario por motivos económicos.

Establecer programas de garantía de la calidad de la prescripción y programas de deprescripción, fortaleciendo el seguimiento y análisis de los efectos adversos de los medicamentos.

Y extremar la transparencia de toda la información relativa al sector farmacéutico, entre otras medidas.

El papel imprescindible de la sociedad civil

El movimiento ciudadano, las asociaciones para la defensa de la sanidad pública y las asociaciones por un acceso justo a los medicamentos tienen un importante papel. El modelo actual, como se ha visto, entrega a las empresas ingentes cantidades de dinero público (a través de los altos precios) para que puedan hacer lobby sobre los gobiernos, los parlamentos, los profesionales sanitarios y las asociaciones de pacientes, influyendo en sus decisiones. Es necesario que la sociedad civil se organice y genere también una presión sobre los poderes públicos, que sensibilice a la opinión pública y anime a un cambio de orientación que ponga la salud de las personas, en España y en el mundo, por delante de los intereses económicos de los directivos de las grandes empresas farmacéuticas.

Bibliografía

Angell, M. (2006): “Excess in the pharmaceutical industry”, CMAJ, 7 de diciembre, 171(12), pp. 1451-1453. Disponible en https://bitly.ws/TQu9.

Comisión Europea (2020): “Pharmaceutical Strategy for Europe”, 25 de noviembre. Disponible en https://bitly.ws/TQug.

Ferrajoli, L. (2022): Por una Constitución de la Tierra. La humanidad en la encrucijada, Editorial Trotta.

Furlong, A.; Aarup, S. A. y Horti, S. (2022): “Who killed the COVID vaccine waiver?”, Politico, 10, 11. Disponible en https://bitly.ws/TQup.

Krishtel, P. y Faust, J. (2022): “Pharma Companies Abuse the Patent

System, and patients pay the price”, Medpage Today, 25 de noviembre. Disponible en https://bitly.ws/TQuw.

Mikulic, M. (2022): “Global spending on medicines 2010-2026”, Statista, 14 de junio. Disponible en https://bitly.ws/TQuB.

Our World in Data (2023): Coronavirus (COVID-19) vaccination. Disponible en https://bitly.ws/UenN.

Parlamento Europeo (2021): “Panel for the Future of Science and Technology (STOA)”. Disponible en https://bitly.ws/TQui.

Stiglitz, J. y Wallach, L. (2022): “The international community must prioritize COVID treatment and test access”, Scientific American, 14 de noviembre.

Torreya (2021): “The Pharma 1000. Top Global Pharmaceutical Company Report”, noviembre. Disponible en https://bitly.ws/TQuI.

WHO (2022): “Conceptual zero draft for the consideration of the Intergovernmental Negotiating Body at its third meeting”.

WTO (1994): “Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio”. Disponible en https://bitly.ws/wyaV.

Capítulo 10

Las TIC y la salud

Carlos Sánchez Fernández

TIC es el acrónimo para referirse a las tecnologías de la información y comunicación. La OCDE (2002) define las TIC como “aquellos dispositivos que capturan transmiten y despliegan datos e información electrónica y que apoyan el crecimiento y desarrollo económico de la industria manufacturera y de servicios”. La RAE, en el Diccionario panhispánico del español jurídico, las define como “especificación técnica adoptada para el ámbito de las tecnologías de la información y de la comunicación”.

Las TIC se refieren a cuestiones como la transmisión, almacenamiento y procesamiento de la información que, en principio, deberían de estar enfocados hacia una mejora de la atención sanitaria y a un análisis y obtención de información de manera más ágil y con mayor capacidad para examinar los datos. Asimismo, se refiere a la utilización del big data o la inteligencia artificial en sus aplicaciones en el ámbito de la salud.

Básicamente, las TIC en sanidad tienen cuatro aplicaciones establecidas con algunas otras que pueden tener, o no, un importante desarrollo en el futuro. Estas serían información y formación, almacenamiento de datos y accesibilidad a estos, utilización de los datos para investigación en salud y realización de consultas.

Información

Internet es la principal fuente de información también para los profesionales de la salud, que frecuentemente lo utilizan para buscar los artículos y las revisiones más actualizadas sobre los protocolos, publicaciones, revisiones, etc., pero igualmente se usa con una frecuencia cada vez mayor por parte de los ciudadanos. Obviamente, tiene una gran capacidad para favorecer las búsquedas de información actualizada, pero también lo tiene para fomentar los bulos, la desinformación y los sesgos de información, porque no existen controles efectivos para analizar la veracidad y la calidad de la información obtenida. En el sector profesional existen muchas webs, por ejemplo, de sociedades científicas o de otros organismos públicos y privados, que intentan garantizar la calidad de la información, pero la mayoría de ellas no están exentas de sesgos producidos habitualmente por los financiadores (generalmente industrias de la tecnología, farmacéuticas o entidades de aseguramiento o provisión de servicios sanitarios) y con numerosos conflictos de interés no siempre fáciles de identificar por los usuarios.

Existen, por supuesto, algunas webs oficiales, por ejemplo de la OMS (Organización Mundial de la Salud), del CDC (Center for Dideases Control and Preventión), de EE UU, o del NICE (Nacional Institute for Health and Care Excellence), del Reino Unido, e incluso entidades privadas sin ánimo de lucro, como The Cochrane Database of Systematic Reviews, que ofrecen información actualizada, guías de práctica clínica o información general para el público sobre la mayoría de las principales enfermedades y problemas de salud. En el caso de la OMS, CDC y Cochrane, en gran parte en castellano, pero no hay una entidad en España que realice esta tarea de manera oficial, aunque algunas CC AA tienen información relevante al respecto, si bien el Ministerio de Sanidad incluye en sus proyectos en el Plan de Recuperación y Resiliencia la puesta en funcionamiento de un lake data (extrañamente con un

nombre en inglés para un proyecto del Ministerio de Sanidad español, ¿se imaginan una central o lago de datos con un nombre exclusivamente en castellano realizado por los gobiernos de EE UU, Reino Unido o Australia?), que es de suponer se pondrá en funcionamiento en algún momento, aunque sigue pendiente desde 2021.

Este es un aspecto clave, garantizar información actualizada, de buena calidad e independiente de los intereses comerciales. Un aspecto aún por desarrollar, pero que es estratégico para el futuro de intervenciones en salud basadas en la evidencia científica.

Formación

Las posibilidades de las TIC para la formación son muy amplias y están siendo utilizadas de manera generalizada, lo que ha hecho proliferar muchos instrumentos y mecanismos para la realización de cursos virtuales y para el desarrollo de todo tipo de actividades formativas (sesiones, debates, etc.).

Un aspecto relevante es su uso para efectuar interconsultas, por ejemplo, entre atención primaria y especializada, lo cual tiene una gran utilidad para resolver problemas concretos online al disminuir el tiempo necesario para realizarlas y evitar desplazamientos innecesarios.

Almacenamiento y accesibilidad de datos

Hasta ahora es el principal desarrollo de las TIC en el sistema sanitario. La utilización de la historia clínica informatizada se ha generalizado en la mayoría de los países desarrollados, entre ellos España. Las posibilidades que ofrece la red de almacenar datos y tener acceso a estos de manera casi inmediata y en cualquier lugar del mundo es, por supuesto, su gran ventaja. La informatización ha aumentado la capacidad de almacenar datos y su acceso, ya es solo un mal recuerdo la búsqueda de las historias clínicas en papel, la pérdida de estas, de las radiografías, etc. Es una ventaja evidente el tener accesibilidad no solo a las historias clínicas, sino también a los resultados de las pruebas diagnósticas en tiempo real, así como a los informes de hospitalización, de la consulta del especialista, del médico general, de urgencias, etc., en el momento en que se producen; y, por otro lado, facilita la labor prescindir de la logística de almacenaje de historias clínicas y de búsqueda y traslado de estas.

Otras cuestiones desarrolladas han sido el sistema de citaciones electrónicas y la receta electrónica, que permiten un acceso fácil a las mismas, para evitar desplazamientos innecesarios y, a la vez, favorecer el control, por ejemplo, de las recetas de medicamentos; asimismo, ahorran en parte la generación de depósitos caseros de aquellos y también pueden ser utilizadas para el control de las prescripciones y su mejora (por ejemplo, señalando potenciales interacciones, alternativas terapéuticas consideradas más racionales, mejora de la utilización de antibióticos o la autorización y visado de algunas prescripciones). Obviamente, el desarrollo de estos instrumentos tiene muchos problemas prácticos que se han ido señalando sobre la marcha y en muchos casos hacen más compleja la actuación profesional y dificultan más que facilitan el funcionamiento del sistema sanitario.

Algunas CC AA han puesto en funcionamiento las carpetas de salud

personalizadas que incluyen todos los datos de cada persona y que les permiten a los usuarios consultar la información sanitaria y administrativa de forma personalizada, la evolución de los problemas de salud, gestionar y consultar las citas sanitarias, así como contactar con los profesionales de atención primaria.

Los problemas de este almacenamiento de datos virtual vienen por varias cuestiones relacionadas con su implantación práctica, por ejemplo: por la interoperabilidad de los datos, que en España dificultan el acceso a estos de unas CC AA a otras; luego, por la existencia de varios operadores de almacenamiento y tratamiento de datos, en ocasiones resultado de la presencia de un sector privado, que, pese a trabajar con dinero público, presenta dificultades para el acceso de sus datos al resto del sistema sanitario, y, por fin y sobre todo, por los problemas derivados de la importancia y sensibilidad de los datos que se manejan, puesto que en manos de entidades privadas pueden ser utilizados con fines lucrativos. También hay que tener en cuenta las limitaciones de los sistemas de seguridad, que en ocasiones son vulnerados e incluso permiten el secuestro de los datos por piratas informáticos.

Consultas de telemedicina

La telemedicina o telesalud ha tenido un gran auge en todo el mundo como una medida de prevención para evitar el contagio del SARS-CoV-2. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), puede definirse como “la prestación de servicios de atención médica por parte de los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación (TIC) cuando la distancia es un factor importante”. El sistema utiliza la tecnología mediante teléfonos, ordenadores o tabletas para prestar servicios sanitarios y atención profesional a distancia. Su utilización es de especial impacto cuando la distancia es un problema importante para la atención sanitaria, en zonas con baja densidad de población o gran dispersión geográfica. La utilización de la teleconsulta fue muy importante en la UE durante el primer año de la pandemia (39% de las consultas se realizaron por este medio; 72% en España, según datos de la UE), en España, en 2022, sería el 32% (Barómetro Sanitario).

En principio, las ventajas de este tipo de consultas serían la rapidez y economía; la utilización de medios accesibles a la mayoría de la población, como los teléfonos o los ordenadores; podrían mejorar la comprensión de los pacientes y favorecer el seguimiento. Pero fundamentalmente las ventajas son económicas porque permiten ahorros muy significativos de personal de todas las categorías y optimizar el uso del tiempo de los trabajadores sanitarios, que en muchas ocasiones se utiliza en desplazamientos, a veces largos, especialmente en el área rural, lo que ha hecho que muchas administraciones sanitarias pretendan extenderlas a la mayoría de las consultas.

No obstante, tienen muchos problemas que están bien identificados: no permiten la exploración de los pacientes, que es clave para el diagnóstico de muchas patologías, lo que favorece la demora en el diagnóstico, la marginación de las personas con menores

habilidades tecnológicas (habitualmente las más mayores y con mayores problemas de salud), y propicia diagnósticos erróneos; por otro lado, precisa de una buena cobertura de teléfono o internet y puede presentar problemas de confidencialidad por la posible filtración de la información.

En España en 2022 (Barómetro Sanitario), el 45% de las personas señalan que este tipo de consultas les resultan menos cómodas que las presenciales; el 26,9% está poco o nada satisfecho con estas; el 63,4% opina que no puede explicarse igual que cara a cara; el 47,6% dice no entender igual de bien las indicaciones en las teleconsultas, y el 33,7% indica que todas las consultas deberían ser presenciales, mientras que el 63,5% piensa que unas podrían ser telefónicas y otras presenciales y solo el 2,2% cree que la mayoría de las consultas podrían realizarse por teléfono. Estos porcentajes son claramente peores entre las personas mayores de 65 años (por ejemplo, el 52,5% de este grupo etario cree que todas las consultas deberían de ser presenciales). Por lo tanto, parece evidente que un porcentaje muy significativo, especialmente entre las personas de más edad, que son las que más necesitan y utilizan la sanidad pública, piensa que deberían ser predominantes las consultas tradicionales. Parece obvio que esta situación irá cambiando a medida que se vayan incorporando a este grupo de edad personas más habituadas al uso de estas tecnologías.

Investigación y alertas de salud pública

Otra utilidad de las TIC es la investigación en salud, que permite y favorece, por un lado, la ampliación de estudios multicéntricos y, por otro la realización de extensos estudios epidemiológicos de gran utilidad en casos como la pandemia por COVID-19.

Además, el uso de aplicaciones (apps) ha sido relevante en algunos países del Sureste Asiático (Corea del Sur, Malasia, etc.) en la identificación de casos, recepción de información y en el rastreo de contactos durante la pandemia. En la UE su uso ha sido menor en ningún país se llegó al 50% de la población utilizando estas aplicaciones, solo en dos países (Irlanda y Finlandia) se superó el 40% de la población utilizando apps, y en otro, Islandia, se llegó justo al 40%; la situación de España no alcanzó el 20%, es decir, su uso fue bajo y, por lo tanto, de escasa utilidad en el control de la enfermedad, contrastando con la elevada utilización de la población de otras apps como WhatsApp.

Uso de dispositivos

Se ha generalizado la utilización de dispositivos relacionados con la salud que miden cuestiones como la frecuencia cardíaca, los pasos andados durante el día, el tiempo de sueño y, a veces, cuestiones más sofisticadas, como la capacidad para hacer ECG; y para algunos enfermos crónicos existen apps que sirven para el seguimiento de la enfermedad (por ejemplo, el control glucémico en diabéticos). De nuevo, su utilización es limitada y con un perfil etario, de manera que, en España, según el Barómetro Sanitario de 2022, un 40% de la población general usa este tipo de dispositivos, pero el porcentaje va desde el 50,2% entre los menores de 24 años al 27,4% entre los mayores de 65 años.

Otros aspectos a tener en cuenta respecto a las innovaciones tecnológicas en el sector tienen que ver con la robotización, que, ampliamente utilizada en el sector industrial, empieza a abrirse paso en el sector de servicios y puede hacerlo en el sistema sanitario (distribución de comidas, medicación, etc.), y con la aplicación de la llamada inteligencia artificial, cuyo impacto en el sistema sanitario todavía está por desarrollarse.

Pensando en el futuro

Las predicciones a medio y, sobre todo, largo plazo son siempre arriesgadas, y tienen muchas limitaciones, como puede comprobarse en las hemerotecas. Giovanni Berlinguer, un gran especialista italiano en salud pública, solía decir: “Lo más seguro de hacer predicciones es que les daremos motivos para reírse mucho a las generaciones futuras”, o, dicho de otra manera, el futuro es bastante incierto y establecer tendencias a muy largo plazo tiene grandes márgenes de error.

Con estas limitaciones podría pronosticarse que parece probable que las TIC continúen desarrollándose e incrementando su presencia en todos los sectores y también en el sistema sanitario. Para ello existen potentes intereses que tienen tanto que ver con las virtudes y ventajas de su uso como con la ganancia que de ello conseguirán las grandes empresas multinacionales de la tecnología y del ahorro en personal sanitario que las empresas intentarán conseguir mediante su uso. A esto igualmente se sumará la fascinación de la sociedad por la tecnología y todo lo que suene a novedoso, que, desde hace tiempo, probablemente desde la revolución industrial de los siglos XVIII y XIX, la mayoría de la población asocia con un avance siempre en positivo. El progreso en el imaginario colectivo es un continuo imparable y que siempre avanza para el bien de la sociedad, a pesar de las numerosas pruebas que demuestran que no siempre es así, y tiene muchos efectos secundarios que no siempre se ven en el corto plazo, como, por ejemplo, sucede con el cambio climático, resultado de la sobreutilización de los combustibles fósiles y otros recursos del planeta.

Obviamente, existen aspectos muy positivos en la expansión del uso de las TIC que ya se han referido, por ejemplo, su gran capacidad de almacenamiento y accesibilidad de los datos clínicos, su utilización para gestionar citas en el sistema sanitario y para la formación e información. Más cuestionable parece su intento de sustitución de la

atención presencial, que, como ya hemos señalado, es indispensable en muchas circunstancias, especialmente las que precisan de una exploración física, pero también en las que necesitan generar empatía entre los profesionales y la población, porque los aspectos de confianza y colaboración de las personas con el sistema sanitario y sus profesionales son cruciales para obtener buenos resultados en salud, tal y como ya señaló Tudort Hart al establecer a los usuarios del sistema sanitario como coproductores de salud.

Finalmente, los problemas, las debilidades de las TIC en salud están relacionadas con dos aspectos fundamentales: los problemas sobre la necesaria confidencialidad y protección de los datos sanitarios, que son especialmente sensibles y que quedan potencialmente expuestos a la utilización inapropiada por parte de empresas que los almacenan y gestionan, y, por supuesto, de los ciberataques y los piratas informáticos; además de los problemas que pueden generar los "apagones" informáticos, las caídas de la red que interrumpen el acceso a la información sanitaria y provocan serias dificultades para el funcionamiento de la atención sanitaria.

El segundo problema está relacionado con la segregación que producen en razón de la edad y de la presencia de discapacidades físicas e intelectuales. En este momento, todas las pruebas disponibles, tal y como se ha señalado, evidencian que el uso de las TIC es mucho más frecuente y fácil justamente en el grupo de personas más jóvenes, que son precisamente las que tienen menos problemas de salud y utilizan menos el sistema sanitario. Obviamente, para no ahondar las desigualdades en el acceso al sistema sanitario en la línea de la "ley de cuidados inversos" (que expresa que hay una tendencia a que sean las personas con menores necesidades de salud las que más utilicen y se beneficien el sistema sanitario), referida también por Tudor Hart, y dejar desprotegidos a las personas más marginadas (económica, sanitaria y culturalmente) es por lo que la ampliación del uso de estas herramientas debe hacerse de manera cuidadosa y valorando siempre su impacto sobre la inequidad.

Bibliografía

Baelo Álvarez

, R. y

Cantón Mayo

, I (2009): “Las tecnologías de la información y la comunicación en la educación superior. Estudio descriptivo y de revisión”, Revista Iberoamericana de Educación, 50, pp. 1-12.

Barón-Miras

, L. E. et al. (2022): “Face-to-Face and TeleConsults: A study of the effects on diagnostic activity and patient demand in Primary Healthcare”, International Journal of Environmental Research and Public Health, 29 de octubre, 19(21): 14119

Chettely

, A. (2006): “Connecting people, improving health: the role of ICTs in the health sector of developing countries”. Disponible en https://bitly.ws/TQtR.

CIS

y

Ministerio de Sanidad

(2022): “Barómetro Sanitario 2022”. Disponible en https://bitly.ws/TQtV.

Luo

, J. y

Gellad

, W. (2023): “Electronic prior authorization for precription drigs--challenges and opoportunities for reform”, NEJM, 388, pp. 867-70.

OCDE/Unión Europea

(2020): Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, París, OECD Publishing.

Park

, J. et al. (2021): “Development, Acceptance, and Concerns Surrounding App-Based Services to Overcome the COVID-19 Outbreak in South Korea: Web-Based Survey Study”, JMIR Medical Informatics, 30 de julio, 9(7): e29315.

Tudor Hart, J. (2009): La economía política de la sanidad. Una perspectiva clínica, Madrid, Ediciones GPS.

Unión Europea

(2021): “State of Health in the EU: Companion Report 2021”, Luxemburgo. Disponible en https://bitly.ws/TQtY.

Capítulo 11

La atención primaria del futuro

José Manuel Aranda Regulés

¿Atención primaria de salud y asistencia primaria son lo mismo? La atención primaria de salud es un proyecto de desarrollo social

Muchas veces, asistencia primaria (AP) y atención primaria de salud (APS) se usan como sinónimos, sin embargo, AP se refiere a un primer encuentro (un suceso) entre un profesional y una persona que demanda cuidados, mientras que APS es una forma de prestar ese servicio.

Según la declaración de Alma Ata (1978) (OMS, 1978; Vuori, 1987), APS es un nivel asistencial, accesible a toda la población con servicios esenciales ajustados al nivel de desarrollo. También es una filosofía de servicios que han de ser integrales (curativos, preventivos, de promoción de salud, rehabilitadores), respondiendo a necesidades identificadas, e integrados en el sistema de salud, siendo su base. Han de ser evaluados y científicamente fundados y deben incorporar a la población a la que atienden (definida geográficamente) en un proceso de autorresponsabilidad y participación comunitaria. Pero, sobre todo, la APS es un proyecto de desarrollo social relacionado con el desarrollo socioeconómico y forma parte del estado de bienestar.

Por tanto, la asistencia sanitaria de primer nivel no es la APS si no cumple estos requisitos. La AP siempre existirá y sus características serán flexibles, con mucho grado de autonomía, y estarán principalmente definidas por la relación entre el profesional y el paciente, mientras que la APS es una estructura social dinámica basada en el paradigma de la medicina comunitaria.

En este capítulo se hablará de la APS como proyecto social y, en ese sentido, es importante conocer el contexto en el que está inmersa.

Tabla 1

Proceso de privatización de los servicios sanitarios públicos

1. Recorte de presupuestos de los servicios públicos = deterioro de los serv

Martin McKee (Mckee, 2015; Mckee y Stuckler, 2011) señalaba en un artículo del BMJ, en 2011, la dinámica de destrucción del estado de bienestar en países occidentales. Estos procesos comienzan por recortes de presupuesto que provocan deterioro de los servicios y quejas de los usuarios, creando una opinión pública favorable a su cambio de modelo (tabla 1). Se produce una fractura del consenso social que sustenta el estado de bienestar cuando las clases medias buscan alternativas en el campo privado y se cuestionan la utilidad del pago de sus impuestos. El proceso de privatización comienza no solo por el pago de servicios por aquellos que pueden permitírselo, sino por la desviación de fondos públicos hacia la privada en forma de conciertos. El círculo se cierra: menos fondos-menos servicios públicos de calidad-más servicios privados-más conciertos-menos fondos. El resultado es beneficencia para los pobres y servicios privados (solo los rentables) para los que pueden. La pública siempre estará para ofertar y pagar los servicios muy costosos que no son rentables para el negocio privado. A eso le llaman "colaboración público-privada".

Este es el contexto del deterioro de la APS que vamos a analizar.

¿Es necesario un cambio del modelo?

En este apartado pretendo zanjar, de una vez por todas, la estéril discusión sobre el “modelo de APS” que, a mi juicio, es una maniobra de distracción de las fuerzas que quieren privatizar los servicios sanitarios públicos. Gran parte de los problemas de la APS se debe a los recortes presupuestarios y al abandono de políticos y gestores durante décadas. Es verdad que hay importantes cuestiones sin resolver que exigen soluciones imaginativas, pero todo ello dentro del modelo (“del paradigma de ciencia normal que lo sustenta”, que diría T. Kuhn (1971).

El modelo de medicina comunitaria que está detrás de la APS es la respuesta al fracaso del modelo médico cuando se aplica a resolver problemas de grandes poblaciones. Las instituciones (hospitales), que producen diagnósticos precisos y prescriben tratamientos, poco tienen que hacer frente a enfermedades determinadas por condiciones y estilos de vida (casi todas), el sufrimiento mental y el envejecimiento. Máxime cuando no está en su mano que la atención llegue a toda la población que lo necesita.

Los antecedentes de la APS se encuentran en la medicina comunitaria y están basados en estudios y documentos publicados durante las décadas de los sesenta a los ochenta (T. McKeown, Milton Terris, Marc Lalonde, Iván Illich… Salud para todos 2000, APS, Movimiento de Promoción de Salud) (FADSP, 1990). Hay que recordar que uno de los más importantes fue la estrategia de extensión de la cobertura de servicios básicos auspiciada por el Banco Mundial en Latinoamérica, al considerar que la salud de la población era un factor productivo de primer orden.

En la tabla 2 se muestra el cambio de conceptos del paradigma médico al comunitario. Barbara Starfield definió, a fin de investigar su efectividad, la APS con cuatro características: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación (Ferran Mercadé, 2023), comprobando que existía una clara correlación entre la

mayor orientación a la APS de los sistemas sanitarios y los mejores resultados en salud (Starfield, 2012). En una reciente publicación (Reoyo Jiménez, 2023), los buenos resultados en salud de España, medidos según las principales causas de morbimortalidad, se comparaban con otros países europeos e indicaban la importancia de la orientación de nuestro servicio de salud a la APS. La posición de España en el ranking de mejores servicios de salud del mundo no es por casualidad.

¿Hay que cambiar el modelo? A nuestro juicio, es evidente que no. Hay que resolver los problemas actuales y los acumulados en su proceso de desarrollo.

Tabla 2

Del paradigma clínico al comunitario

Asistencia	Enfermedad	Individuo	Nivel de atención	Enfermedad	Modelo sanitario	Individuo, p

Aprendiendo de la historia: los problemas

del desarrollo de la APS en España

Aunque los planteamientos de Alma Ata estaban dirigidos al tercer mundo, tuvieron repercusión en países desarrollados. En España, la reforma sanitaria (RS), usando este marco, se sustentó en tres pilares:

La creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria (1978).

La creación de un marco legal (1984).

La puesta en marcha de los centros de salud (1985) atendiendo a una población delimitada geográficamente, con equipos multidisciplinares, aumento de recursos diagnósticos y terapéuticos y una forma de funcionamiento con instrumentos conceptuales y servicios que clásicamente venían siendo usados en salud pública.

Analicemos algunos de los problemas surgidos en su desarrollo y sobre los que habría que reflexionar y decidir.

Los profesionales

La creación de la especialidad no solo supuso el aumento de la capacitación de los médicos, sino que creó un cuerpo profesional organizado que impulsó la atención clínica primaria, la medicina preventiva, la comunitaria, la formación continuada y la

investigación. Este ejemplo fue pronto seguido por enfermeras y pediatras. El liderazgo profesional es una pieza clave para entender la implantación, el desarrollo y la situación actual de los centros de salud. Sin embargo, los médicos de familia son social y profesionalmente considerados de segunda clase, desde hace años quedan plazas vacantes en la elección MIR y son frecuentes los cambios de especialidad. Es probable que la falta de pediatras de atención primaria responda a la misma causa. Parece que, a criterio del resto de los especialistas, la Administración y la población, cualquier profesional sanitario está capacitado para desempeñarse en un centro de salud. A ello contribuyó la necesaria homologación masiva de títulos y, sin duda, contribuirá, si se verifica masivamente, la "compra" de médicos en el extranjero.

Hay dos hechos notables que cuestionan el modelo inicial y habría que reflexionar sobre ellos. El primero es la subespecialización (el que sabe de…), el segundo es la aparición de fenómenos corporativos. Ambos pueden interpretarse como reacciones de defensa (¿qué soy yo?).

Por último, se constata un agotamiento del modelo de "liderazgo profesional" como sustento de la APS. Las generaciones iniciales ("sendero luminoso" les llamaban) se están jubilando y no tienen relevo.

Las condiciones de trabajo

Para los que han vivido la asistencia en primaria antes de la RS, la creación de centros de salud supuso una notable mejora de las condiciones de trabajo. Pero, a medida que se implantaba la reforma, con sucesivos gobiernos de distintos colores, las inversiones disminuyeron, las condiciones materiales empeoraron, se limitaron las peticiones de pruebas complementarias, dejaron de convocarse oposiciones —lo que llenó el sistema de contratos precarios—, no se cubrieron las plazas de pediatras y, sobre todo, apareció la masificación de las consultas con cupos por encima de todas las cifras recomendadas. Empezaron a surgir informes que

cuestionaban el modelo comunitario y los servicios públicos (informe Abril). Se introdujeron prácticas de la empresa privada en los servicios de salud y la “clase gerencial” se fortaleció a costa del poder profesional. Todo ello contribuyó a que “la colaboración público-privada” apareciera en el debate sanitario. La crisis de 2008 supuso un hito en el deterioro del sistema recién nacido y una reafirmación del hospital en el Sistema Nacional de Salud que nunca dejó de ser hospitalocéntrico y del gerencialismo.

La sobrecarga de la pandemia y pospandemia ha sido la puntilla, con un deterioro de las condiciones de trabajo agravado por las instrucciones erráticas de gerentes desde los despachos. La aparición de listas de espera inaceptables (y previamente inexistentes en primaria) y la suspensión o disminución de servicios preventivos y de promoción de salud provocan quejas que contribuyen a la creciente desvinculación del profesional con su cupo y con el sistema. Una forma de trabajar heredada de la pandemia, que pone barreras al acceso a los usuarios organizando la demanda a gusto de la institución (menos actividad presencial y más actividad interpuesta: teléfono, telemedicina, correo electrónico, etc.) ha sido bien aceptada por muchos profesionales “quemados”. Estas soluciones no solo atentan contra el vínculo de la relación profesional-paciente, sino que genera un grave problema de equidad y de los procesos agudos sobrevenidos (cáncer, por ejemplo) cuya visibilidad se entorpece. El mensaje de la Administración es “apáñate como puedas, pero que no se note”. Si no hay una solución colectiva, se potenciarán las soluciones individuales (“que no vengan”, “esto no es mío”, “vuelva usted mañana”), la huida hacia lugares de trabajo más cómodos y mejor retribuidos o la espera pasiva hasta la jubilación.

La cartera de servicios: clínica, prevención, promoción, comunitaria

La RS supuso la introducción de nuevos servicios, de nuevos instrumentos de gestión y de nuevas tecnologías. También un esfuerzo de puesta al día e investigación. El impulso fue fundamentalmente profesional, si bien la Administración, de forma

desigual, asumió, colaboró y en ocasiones protagonizó algunos aspectos. El resultado es que la implantación de las innovaciones fue heterogénea, y aparecieron centros de primera (centros “pata negra”, en el argot) proclives a la introducción de innovaciones, a la investigación, formación continuada y a la docencia, y centros de segunda clase, tipo “se hace lo que se puede”. El incremento de la cartera de servicios fue desigual y dependiente de liderazgos profesionales. Sin embargo, la RS amplió de forma generalizada las actividades preventivas o de promoción: vacunaciones, salud infantil, salud escolar, salud reproductiva, control de riesgo cardiovascular, etc. El resto de las actividades preventivas y de promoción de salud (atención al tabaquismo, tratamiento de la obesidad, educación alimentaria, grupos de educación en patologías crónicas, prescripción de actividad física) se han implantado dependiendo de la existencia de profesionales motivados (si lo haces... ¡bien!, si no, también bien).

Las actividades comunitarias han corrido peor suerte. Pese a ser un componente constitutivo de la APS desde el principio, su implantación ha sido escasa, irregular, dependiendo de voluntarismo, habitualmente liderada por enfermería o trabajo social, no mantenida en el tiempo (experiencias que se inician y se acaban) y con poca penetración para la formación de residentes en las unidades docentes multiprofesionales. Recientemente, impulsado desde el ministerio, la “prescripción social”, y la necesaria elaboración de mapas de activos para realizarla, es una segunda oportunidad para la introducción de la comunitaria en los centros.

Desde luego este panorama ha cambiado en la situación actual: las actividades preventivas, de promoción y comunitarias “superfluas”, y voluntarias han cedido su puesto frente a la atención a la demanda en el centro o en otros centros usando el “modelo médico” que induce a la medicalización y la dependencia.

Las funciones administrativas

La diferencia organizativa básica entre un ambulatorio antiguo y un

centro de salud es que este es una estructura inteligente. En la ley se le reconoce un nivel de gestión con un coordinador-director capaz de reorientar el uso de los recursos (básicamente tiempo de profesionales) en función de las necesidades de salud (detectadas en un proceso diagnóstico). Por poner un ejemplo: si el centro de salud X atiende mayoritariamente a una población trabajadora femenina de camareras de piso, cuyas patologías son de carácter osteomuscular (hombro doloroso, epicondilitis, túnel carpiano) y mental (ansiedad, depresión), y no pueden acudir a la consulta a demanda por problemas de horario (no las dejan salir al médico en horario laboral), un centro de salud reorientaría sus servicios poniendo horarios de consulta accesibles, aumentando la percepción de riesgo de los profesionales sobre este colectivo y capacitándolos para la resolución de los problemas (técnicas de infiltración, fisioterapia, escucha activa, gestión de casos, prescripción social de actividad física, manejo del estrés). El centro se comporta así porque planifica (detecta necesidades, propone actividades para satisfacerlas), organiza (dispone los recursos para llevar a cabo lo planificado), dirige (alguien toma decisiones) y evalúa (para corregir si no se alcanzan los resultados). Para hacer esto, aparte de comportarse "inteligentemente", debe tener autonomía de gestión. Un ambulatorio atendería a las camareras que llegasen en el horario establecido, cada profesional haría lo que pudiese en su consulta, en función de sus conocimientos, apetencias y tiempo, y a nadie le preocuparía si los problemas se resuelven salvo que haya reclamaciones.

El desarrollo del "gerencialismo" centralizador quitó capacidad de decisión a los centros usando el contrato-programa anual. Si el cumplimiento de los objetivos está ligado a cobro de productividad variable (en cantidades que los profesionales consideren relevantes), se modificarán las prácticas profesionales para cumplir con los indicadores, si no, el contrato-programa anual es un puro ejercicio de fantasía gerencial. Que todo se decida desde arriba conlleva aislamiento profesional por la desaparición de los espacios de encuentro en los centros (destinados a crear organización): la formación continuada en manos de la industria, los protocolos elaborados por "comités de expertos", la relación con la gerencia como aceptación de instrucciones. Una organización no cohesionada y débil es más fácil de manipular desde fuera por

gerentes, políticos y la industria farmacéutica.

Las relaciones con la atención hospitalaria: primaria como puerta de entrada a los servicios

de salud. La inexistente relación con servicios sociales, educativos y de salud pública

Alma Ata reafirma la idea de un sistema de servicios sanitarios escalonados en función de la complejidad de la tecnología biomédica usada. La base de la pirámide parte de una visión biopsicosocial del individuo inserto en su comunidad y, según ascendemos, la intervención se articula por niveles definidos por el uso eficiente de la tecnología instalada. El uso del modelo de determinantes en salud obliga al trabajo conjunto con servicios sociales, educativos, de salud pública y con la población. Starfield cita la "coordinación" como una característica básica de la APS.

No ha sido así en nuestro país: los mecanismos formales de coordinación con servicios sociales, educativos o de salud pública son escasos y débiles. Con el hospital, primaria no actúa como "puerta de entrada", ya que la mayoría de los casos atendidos lo hacen por vía de urgencias y no a través de su médico de cabecera. Esto es muy importante recalcarlo porque los hospitales, como institución, nunca han dependido (ni necesitado) de la primaria; la urgencia regula los ingresos en planta y parte del acceso a consultas externas. El problema es cuando se satura.

La "puerta de entrada de primaria" queda limitada a derivar pacientes a algunas consultas especializadas (no todas disponibles).

Uno de los productos de la "autosuficiencia" hospitalaria son las listas de espera. Existe la creencia generalizada de que la demora la genera primaria porque deriva sin criterio (sin cumplir como filtro), sin embargo, debemos recordar que para la espera quirúrgica, la espera para pruebas complementarias y la espera para revisiones ya ha habido una evaluación previa hospitalaria.

Solamente en la demora de primeras visitas intervendría primaria, pero esta demora no se gestiona bien. Para los médicos hospitalarios la mayoría de las derivaciones no están justificadas sin aportar información relevante de calidad. Los médicos de primaria se quejan de que la espera imposibilita el acceso al hospital, el paciente se pierde cuando es derivado y no es fácil el acceso a los datos del proceso hospitalario que se generan. Existe la impresión de que esta relación existe en la medida que el hospital precisa alguna cosa (programas nuevos, investigaciones que necesitan casos…). También, tristemente, el desplazamiento de un especialista pagado por la industria para una sesión de formación en el centro de salud. En el hospital se piensa que "fuera no hay vida inteligente", del especialista en familia y comunidad no se puede aprender nada porque no tiene un área específica de conocimiento. El profesional del hospital "baja" a primaria a enseñar.

Sin embargo, hay ejemplos publicados de modelos de colaboración entre niveles que acaban con la espera de primeras visitas. Estos programas son especialmente relevantes en la atención a pacientes crónicos pluripatológicos, salud mental y en aquellas especialidades donde la lista de espera es más elevada. Existe la tecnología disponible para facilitar estos contactos y es una clara oportunidad de mejora (historia clínica compartida, remisión de imágenes y pruebas, consultas por internet o telefónicas, etc.), pero a nadie que tome decisiones parece importarle.

Es probable que las listas de espera no se acaben hasta que dejen de reportar beneficios directos (peonadas) e indirectos (derivaciones a la privada) a una institución pública con vínculos con la medicina privada y un poder gerencial débil o cooperador con el poder profesional.

El panorama de la puerta de entrada al sistema se complica con la intrusión de las aseguradoras privadas en la asistencia pública. La demora ha disparado el doble aseguramiento. De entrada, los funcionarios adscritos a Muface pueden escoger aseguradora y tienen acceso libre a especialistas sin filtro del médico de cabecera. Son parte de la clase alta y media-alta de este país y no consideran necesaria la función del centro de salud (salvo para recetas y

analíticas). Ya hay una fractura social en la percepción de la utilidad del sistema. El problema se está extendiendo a la clase trabajadora, las mutualidades laborales son otra puerta de acceso directo a la atención especializada. Así, el médico de cabecera recibe informes y órdenes de tratamiento de los especialistas de la pública y de la privada con la tolerancia (o connivencia) de los gerentes.

En resumen, la relación de primaria con el nivel especializado ni ha estado, ni está, ni probablemente estará mediada por el concepto de "puerta de entrada al sistema sanitario". Solamente la relación de confianza con los pacientes, las dificultades de acceso a la atención hospitalaria urgente o la ausencia de doble aseguramiento mantiene la vigencia del nivel primario de atención sanitaria en nuestro país.

La medicalización y el gasto farmacéutico

Estamos asistiendo a una invasión de "la medicina" en la vida cotidiana. Se está perdiendo la contención de los cuidadores y los remedios caseros para problemas leves y muchas veces parece necesario que el médico certifique que uno está acatarrado o tiene una diarrea.

Esto no es casual, es un negocio. Uno puede imaginar cómo se amplía para quien obtenga beneficios de la enfermedad (o de sus riesgos) creando dependencia de productos que resuelven el problema inventado.

Y los profesionales de primaria no estamos exentos de responsabilidad. Con la introducción de "practicas preventivas", hemos ampliado el número de "enfermos". Cada vez está más lejos la imagen del que cuida "expectante" ante la capacidad de autocuración del cuerpo humano. La primaria es más segura porque hace menos y lo hace con más prudencia (por ejemplo, en la prescripción de fármacos nuevos).

Son claros los perjuicios de la medicalización para la sociedad. La

hiperutilización de los servicios sanitarios que cierra un círculo vicioso de más diagnósticos, más pruebas, más intervenciones, más efectos adversos: no hay límite para la intervención médica, aunque siga la ley de los rendimientos decrecientes. La yatrogenia es una causa importante de muerte en los países desarrollados. El gasto sanitario se dispara: si la única intervención al envejecimiento es la respuesta médica, el crecimiento de los costes públicos será insostenible (y el negocio de la industria más rentable cada vez). Crecerá la desigualdad, a las últimas tecnologías solo tendrán acceso quien pueda pagarlas. Ya pasa con el tratamiento "personalizado" del cáncer y otras enfermedades.

Es paradójico que, cuando se habla tanto de empoderamiento de la ciudadanía, lo que hace este proceso de medicalización es expropiar a las personas de su salud y hacerlos cada vez más dependientes (de los servicios que pueden contratar, del dinero que se pueden gastar, de los profesionales disponibles…). Y el crecimiento de las medicinas alternativas es un síntoma. Una visión que implica la negación del sufrimiento, la frustración, el miedo, la enfermedad y la muerte como realidades humanas, lleva a la construcción del mundo virtual no humano al que ya nos acostumbran las series de televisión, los videojuegos y el metaverso.

En la tabla 3, a modo de resumen, expongo algunos pensamientos que pueden funcionar como amenazas y debilidades de la APS.

Tabla 3

Algunos pensamientos que son amenazas y debilidades

"APS es medicina para pobres" "Las viejas generaciones no tienen recambio

Una respuesta a los problemas: ‘Salvemos

la atención primaria de salud’

La crisis económica de 2008 puso de manifiesto que la enfermedad es una gran oportunidad de negocio. Las corporaciones privadas pretenden colocar a los servicios sanitarios públicos en una posición subordinada a sus intereses: campo de pruebas y fuentes de información para sus productos, consumidor mayoritario y, en relación con sus clínicas, provisor de clientes y pagador de facturas de servicios no cubiertos por las pólizas por no ser rentables. La crisis de suficiencia del Sistema Nacional de Salud provocada por la pandemia ha acelerado el proceso. Muchos políticos que dirigen los servicios públicos hablan de la excelencia de la colaboración público-privada ante unos servicios públicos (los que gestionan ellos) que no llegan a cubrir las necesidades.

Lo que quieren las corporaciones es un modelo hospitalocéntrico, pero no cualquier tipo de hospital: un hospital abierto a la medicina del futuro con las últimas innovaciones (aplaudidas por los medios y los políticos, independientemente de si su coste-oportunidad es adecuado para el sistema), un campo para los ensayos clínicos con pacientes y financiación pública cuyos resultados patentan las farmacéuticas para vendérselos de nuevo a la administración sanitaria, un hospital incompetente para resolver las demandas de la población porque carece de capacidad instalada para ello (recortes en personal y recursos no innovadores), con listas de espera que nutren a la medicina privada y un agujero sin fondo para los presupuestos públicos, especialmente por el coste de los nuevos fármacos. Ese es el tipo de hospital que desean.

Pero ¿qué esperan las corporaciones del nivel primario? Lo primero que han ganado es la hegemonía ideológica (salud es tecnología, “avances científicos” y hospital), y el apoyo creciente de las clases medias y altas que no necesitan medicina primaria para pobres. Lo

están consiguiendo a través del doble aseguramiento, acabando con lo poco que había de “puerta de entrada” (única fuente de poder de primaria). Con masificación, falta de accesibilidad, una capacidad de resolución limitada (abundancia de profesionales no formados, sin acceso a tecnologías modernas, sin colaboración con el hospital), con ausente demanda social de servicios de promoción de salud (mensajes difíciles de colocar en la sociedad hedonista de lo inmediato), su papel en el sistema sanitario actual es de comparsa de ese hospital dibujado (sic, público y privado) que es donde realmente se juega el partido de pensar la sanidad del futuro. Y, no lo olvidemos, también se hará medicina para los pobres, la beneficencia de siempre para los que no tengan cómo pagarse el seguro privado y no les quede más remedio que esperar.

El panorama no es alentador porque ya no se trata solo de políticos y gestores incompetentes, nos enfrentamos a un poder real, transnacional, que controla los medios y es capaz de sobornar y corromper.

Pero las dinámicas sociales son impredecibles. Cuando escribo estas líneas estoy viendo el reportaje de TVE1 sobre los problemas de los servicios sanitarios públicos, un programa impensable hace unos meses. Puede ser que en los análisis actuales no encontremos muchos actores sociales que defiendan el proyecto de una sanidad pública universal, no medicalizadora, correctora de las desigualdades sociales, basada en la APS y la salud pública, pero nuestra función es mantener viable y visible un modelo con su estrategia de implantación.

No hay soluciones mágicas a problemas complejos.

¡Esto se resuelve aumentando el número de médicos hasta lograr que ningún cupo supere las 1.500 cartillas! El número de enfermeras por habitantes es de los más bajos de Europa, ¡hay que aumentar la plantilla! ¡Qué menos que 10 minutos por cada paciente! ¡No más de 35 pacientes al día!

Más profesionales, más tiempo para los pacientes… Sí, pero antes de decidir, preguntarse, ¿para hacer qué?

Estos son los motivos por los que la Federación de Asociaciones en

Defensa de la Sanidad Pública lanza la iniciativa de “Salvemos la atención primaria”, un manifiesto en torno a 11 puntos que ha logrado un apoyo masivo en todo el Estado, en el Parlamento español, en numerosos ayuntamientos, en más de 100 organizaciones y es la bandera detrás de la cual se están organizando manifestaciones y concentraciones desde hace más de 10 meses.

“Salvemos la atención primaria” es una llamada de atención a los profesionales y a la población porque el deterioro de la primaria no ha venido del cielo ni es una catástrofe natural.

Las reivindicaciones del manifiesto se refieren a los siguientes aspectos:

Recursos

Recuperar lo recortado en los últimos años, incrementando el presupuesto (hasta el 25% del total) y las plantillas de personal, eliminando las trabas de acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas. Ofertar empleo público con la suficiente periodicidad y estabilizar las plantillas, porque una consecuencia de trabajar sin recursos estando en primera fila es que gestionar la miseria lleva a romper vínculos con los pacientes.

Incrementar el personal de las áreas de admisión, formarlo adecuadamente para mejorar la relación con la comunidad y garantizar la distribución de las demandas de atención en los centros.

Incorporar nuevos profesionales a los equipos (fisioterapia, matronas, salud mental, logopedia, atención temprana…) que ahora son solo accesibles por derivación externa y con importantes demoras.

Modelo

No hay que inventarse otro modelo, hay que aplicarlo resolviendo sus problemas de desarrollo.

Garantizar unos centros de salud abiertos, accesibles, próximos a toda la población y sin listas de espera.

Dar prioridad a las consultas presenciales, fundamentales para lograr una eficaz relación profesional/paciente y una atención de calidad. Las consultas telefónicas y telemáticas deberán tener un papel complementario y no discriminatorio para personas mayores o con dificultades para manejar las nuevas tecnologías.

Desmedicalizar la atención primaria y ofertar opciones de cuidados con una orientación comunitaria y sociosanitaria, teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional creciente y las situaciones que ocasionan inequidad (migración, paro, pobreza…), así como favorecer los autocuidados y el apoyo mutuo, la promoción, la prevención y la rehabilitación.

Desarrollar la orientación comunitaria con la colaboración de salud pública y la consideración de los determinantes sociales de la salud. Promover la participación de las administraciones locales para la promoción de salud, identificando y promoviendo los activos de la comunidad. Mejorar la atención sociosanitaria a personas mayores y a otros grupos vulnerables.

Garantizar la participación y empoderamiento de los ciudadanos para la promoción de salud y la mejora de los servicios sanitarios, promoviendo la creación consejos de participación. La participación ciudadana no debe ser solo para la mejora de los servicios sanitarios, sino también para estrategias de promoción de salud. Si nos limitamos a los consejos de salud de área no habrá una participación real, deben ser también de ámbito municipal y, en algunos casos, de zona básica de salud.

Promover el nivel de inteligencia de la atención primaria potenciando las actividades formativas, docentes y de investigación, con recursos y equipamiento propio y suficiente.

Tabla 4

Cuestiones abiertas en el desarrollo del modelo

Subespecialización en los centros de salud Reacciones corporativas de los d

Gestión

En su diseño inicial, la Administración descentralizaba muchas decisiones en directores y coordinadores de los centros. Ahora, las decisiones se toman desde arriba, lo que hay son normas, algoritmos y protocolos. Y todo eso lleva a medidas disparatadas alejadas de las necesidades de la población y a la desvinculación de los profesionales con la institución.

Trasformar las áreas de salud para que se conviertan en el espacio para la integración de todas las actuaciones y actividades de salud, dotándolas de instrumentos para la planificación y gestión participativa. Gestión descentralizada y de base profesional.

Mejorar la relación con el nivel hospitalario, potenciar los procesos asistenciales como base de la atención de salud, coordinados desde la atención primaria, incrementando su capacidad resolutiva.

Detrás de “Salvemos la atención primaria” hay una demanda de respeto. La AP quiere dejar de ser la hermana pobre y despreciada, la responsable de lo mal que funciona el sistema generando listas de espera a atención especializada; no quiere el papel que le han asignado porteros, guardias de la circulación y trinchera: ¿quién querrá ser profesional de primaria en estas condiciones?

Epílogo. ¿Qué hacer?

Las soluciones a problemas complejos no se resumen en listas reivindicativas ni en cuatro medidas. Más tienen que ver con el trabajo cotidiano y con un horizonte claro. Aunque el contexto no es favorable a la APS, hay muchos elementos que permiten tener esperanzas de ganar a largo plazo, porque ellos quieren destruir y nosotros seguir construyendo. Las movilizaciones de profesionales y de la población de estos meses es quizás el elemento más importante. También todos los profesionales y trabajadores de primaria que día a día, con su buen hacer, entienden que no solo está en juego un "modelo de prestación de servicios", sino su satisfacción laboral y la salud de la población. Nuestro peor enemigo es el desánimo y la renuncia. Nuestra tarea inmediata, construir una dirección colegiada y estable de todos aquellos grupos sociales que apoyan la APS que establezca, a largo plazo, una estrategia para recuperar la hegemonía ideológica perdida.

Al fin y al cabo, en España tenemos todavía la mejor atención primaria de salud del mundo.

Bibliografía

FADSP (1990): "La sanidad española a debate".

Ferran Mercadé, M. (2023): Hacia un nuevo modelo organizativo de la Atención Primaria, AMF, 19(1), pp. 2-3.

Kuhn, T. (1971): "La estructura de las revoluciones científicas", Fondo de Cultura Económica, México.

McKee, Martin (2015): "The attack on universal health coverage in

Europe: recession, austerity and unmet needs”, European Journal of Public Health, 25(3), pp. 364-365

McKee, Martin y Stuckler, David (2011): “The assault on universalism: how to destroy the welfare state”, BMJ, 20 de diciembre, 343: d7973.

OMS (1978): “Atención primaria de Salud”, Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma Ata, Ginebra.

Reoyo Jiménez, A. (2023): “Atención Primaria post pandemia: realidad, financiación y profesionales. II jornadas de análisis de la APS en Castilla-León”, Salamanca, 2-3 febrero.

Starfield, Barbara (2012): “Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012”, Gaceta Sanitaria, 26(S), pp. 20-26.

Vuori, H. (1987): “Atención primaria de salud en Europa. Problemas y soluciones”, Atención Primaria, 4, pp. 11-21.

Capítulo 12

Aprendiendo de la experiencia y propuestas para avanzar

Madalina Crisbasianu y Marciano Sánchez Bayle

En las páginas anteriores se ha realizado un análisis de la vivencia de la pandemia COVID-19 en algunos países seleccionados, así como de algunos temas que se consideran clave para el futuro de los sistemas sanitarios públicos. Aunque ya se sabe que la experiencia de la pandemia parece haberse olvidado con celeridad, conviene recordar algunas conclusiones importantes que se extraen de esta y que es necesario tener en cuenta para el futuro cercano porque todos los indicios (avance del cambio climático, interconexión global, etc.) señalan que esta pandemia no va a ser la última, y que, más que preguntarse si habrá otra, la cuestión es si será más o menos cercana en el tiempo, y sus características concretas.

Por otro lado, debemos considerar que el calentamiento global produce otros retos importantes sobre la salud de las personas, como la sequía, la contaminación medioambiental, los episodios extremos de calor, las hambrunas o los fenómenos atmosféricos catastróficos, a los que también habrá que atender de manera específica.

Por todo ello resumimos lo que puede extraerse de lo vivido estos últimos años:

La salud como un derecho humano fundamental. Universalizar el derecho

a la atención sanitaria

La salud es un derecho humano fundamental que es reconocido por la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y por la Organización Mundial de la Salud. Este derecho hace referencia al acceso de cualquier persona a los servicios de salud que necesite para mantener su bienestar físico, mental y social. Este reconocimiento se basa en la idea de que todas las personas tienen derecho a tener un nivel de salud adecuado para llevar una vida digna y plena, lo que implica que la atención sanitaria y el acceso a los medicamentos deben estar disponibles, ser asequibles y accesibles para todas las personas sin importar su condición.

Además, es importante comprender que el derecho a la salud no solo se refiere a la ausencia de enfermedades, sino también a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, lo que incluye el acceso a la información y educación sobre salud, nutrición, higiene, etc., así como a la protección contra riesgos laborales, por ejemplo.

A pesar de que la salud sea reconocida como un derecho humano fundamental, a día de hoy sigue habiendo millones de personas en el mundo que carecen del acceso a los servicios de salud necesarios. Y esta falta de acceso a la atención sanitaria puede tener y tiene graves consecuencias para la salud de estas personas, así como para el desarrollo social y económico de sus comunidades. Por ello, es fundamental que los gobiernos y las organizaciones internacionales trabajen conjuntamente para garantizar el acceso real de todas las personas a los servicios de salud. Lo cual implica una inversión en infraestructuras, en recursos humanos y profesionales, así como trabajar en la promoción de la igualdad de género y la no

discriminación por condiciones físicas, mentales y sociales.

A raíz de esto, consideramos obligatorio hablar de la necesidad de universalizar el derecho a la atención sanitaria, lo que quiere decir la necesidad de garantizar que todas las personas, independientemente de su origen, género, condición, etc., tengan acceso a una atención sanitaria de calidad.

El hecho de que haya grupos de personas que no tienen acceso a la sanidad no solo repercute en ellos, sino que no permite que sean diagnosticadas de enfermedades contagiosas graves, que afectan a la salud pública, y hace así que estas enfermedades infecciosas se propaguen sin control; el ejemplo de la COVID-19 es paradigmático de la importancia de incluir a toda la población en las políticas de prevención y asistencia sanitaria.

El abordaje de la pandemia

La pandemia resultó una sorpresa, a pesar de los anuncios realizados por la OMS, en unos sistemas sanitarios que la enfrentaron con el pie cambiado, ya que, durante años, en los países desarrollados se había apostado por un paradigma de enfermedades crónicas y degenerativas pensando que las enfermedades infecciosas eran cosa del pasado o de países con situaciones económicas y sociales muy precarias.

A su vez, la pandemia por COVID-19 fue abordada de diversas maneras por los diferentes gobiernos, organizaciones internacionales y por la ciudadanía en general. A continuación, se describen algunas conclusiones de estos abordajes y sus principales medidas adoptadas para combatir la pandemia:

Muchos gobiernos optaron por tomar ciertas medidas de salud pública, como la implementación de la distancia social, el uso obligatorio de mascarillas, el lavado de manos frecuente, así como la restricción de viajes nacionales e internacionales para así restringir y limitar la propagación del virus. Asimismo, estas medidas también incluyeron campañas de concienciación para promover que fueran tomadas y, además, se hicieran de la forma correcta.

También se aumentaron la realización de pruebas y el rastreo de los contactos de aquellas personas positivas, con el fin de identificar a todos aquellos que hubiesen estado en contacto con la persona infectada, y así tomar medidas para evitar la propagación del virus.

Otras medidas —consideradas extremas por algunos, pero muy necesarias por otros— fueron la adopción de la cuarentena y el aislamiento. Esto se hizo de diferentes formas: algunos gobiernos optaron por aislar solamente a las personas infectadas y a sus

contactos cercanos para evitar la propagación del virus, pero otros gobiernos escogieron el aislamiento total de la sociedad, y permitir salir solo a aquellas personas cuyo trabajo se considera esencial para la sociedad (como el personal médico, el de seguridad, las personas que trabajaban en centros de alimentación, etc.).

Asimismo, algunos países eligieron el aumento del apoyo financiero y económico a aquellas empresas e individuos más afectados por la pandemia, para impedir que se produjera un colapso económico acompañando al sanitario.

Finalmente, también consideramos una medida importante el que hubiera, en mayor o menor grado, cierta coordinación internacional para compartir información, recursos y para realizar un trabajo conjunto en la lucha contra la pandemia por COVID-19.

En resumen, la pandemia por COVID-19 ha tenido diferentes abordajes y medidas tomadas, que resultaron positivas, con el objetivo de reducir la propagación del virus y mitigar los impactos negativos de esta.

Papel del aislamiento y confinamiento: importancia y mecanismos legales

El aislamiento y el confinamiento fueron unas de las medidas más utilizadas para el control de la propagación de la pandemia por COVID-19. Los gobiernos de todo el mundo implementaron diversas formas de confinamiento, que incluyeron el cierre de empresas, centros educativos, etc., y la restricción de la movilidad para limitar el contacto entre las personas y reducir así la transmisión del virus.

De esta manera, el confinamiento desempeñó un papel sumamente importante en la lucha contra la pandemia: redujo la propagación del virus, ya que al limitar el contacto entre personas descendió la propagación y ayudó a frenar la transmisión del virus; también se redujo la carga sobre los sistemas de salud, pues disminuyó el número de personas infectadas en un espacio temporal concreto, y así se alivió la presión sobre los sistemas sanitarios, lo cual escalonó la demanda; también sirvió para proteger a los grupos de alto riesgo, como las personas mayores y otros grupos vulnerables; finalmente, el confinamiento también ayudó a ganar tiempo para el desarrollo de estrategias de actuación y para la creación de las vacunas.

Durante la pandemia se produjo un debate sobre la disyuntiva entre salud y economía, en el sentido de que hubo quienes señalaban que las consecuencias de los aislamientos generalizados sobre el funcionamiento de la economía acabarían teniendo más repercusiones negativas sobre la salud (generadas por el empobrecimiento de la población causado por el cese de la actividad económica) que la propia pandemia. La experiencia demostró que fueron precisamente los países más rigurosos en el control de la enfermedad los que tuvieron una menor depresión económica y una más rápida y mejor recuperación.

Sin embargo, no solo tuvo impactos positivos, pues también aumentó el desempleo y tuvo una gran influencia en la salud mental

de las personas debido a que algunos gobiernos optaron por un aislamiento prolongado y, además, se trataba de un aspecto problemático en un entorno de aislamiento personal y social propiciado por el neoliberalismo y, en general, bastante desatendido por los sistemas sanitarios.

Por otro lado, el desarrollo de la pandemia evidenció que existían lagunas legales para adoptar estas medidas en las distintas legislaciones nacionales, lo que produjo problemas y retrasos a la hora de su implementación en la práctica, así como cierto caos en el que gobiernos regionales/autonómicos hicieron la guerra por su cuenta y dificultaron las medidas de contención y generaron confusión. Lo llamativo es que todavía no se ha avanzado para ponerles remedio, y si existiera una nueva pandemia nos encontraríamos en una situación similar.

Sistemas sanitarios dañados por la crisis económica anterior

Por otro lado, es importante recordar que la crisis económica de 2008 tuvo un impacto significativo y negativo en los sistemas sanitarios de muchos países, puesto que hubo una disminución considerable en la financiación de estos, así como una reducción en el presupuesto que los gobiernos destinaban a la atención sanitaria.

Esta disminución en la financiación de los sistemas sanitarios afectó negativamente a la capacidad de los hospitales y centros de salud para proporcionar la atención médica necesaria para la población. La disminución de las camas (en la OCDE, se pasó de 5,1/1.000 habitantes en 2008 a 4,7 en 2010), escasez de personal y material, y los recortes en general también afectaron a la calidad de la atención médica, lo cual desembocó en una reducción en el acceso a los servicios sanitarios y en un gran incremento en los tiempos de espera.

En resumen, la crisis económica de 2008 tuvo una influencia negativa en los sistemas sanitarios de salud, que afectó tanto a la financiación como a la calidad de la atención médica. Además, llevó a un aumento en la demanda de servicios de salud mental y a una mayor carga en los sistemas de salud mental existentes.

Efecto sobre las privatizaciones

La pandemia incrementó la utilización de los recursos privados y las llamadas colaboraciones público-privadas en sus diversas vertientes (concesiones administrativas, iniciativas de financiación privada, etc.). Estas políticas privatizadoras fueron una tónica casi general, pero tuvieron una intensidad muy distinta según los países y las regiones/comunidades/estados en los territorios con sistemas sanitarios descentralizados.

Como es conocido, la experiencia indica que los sistemas públicos fueron fundamentales para responder a la pandemia, tanto en atención primaria como en el caso de los enfermos que precisaron hospitalización y, por supuesto, en la vacunación de la población. Además, el sector privado se puso de perfil en la atención de los enfermos más graves. Obviamente, con una gran diferencia entre los países según las características de sus sistemas sanitarios. Sin embargo, muchas de las actividades relacionadas con la pandemia fueron privatizadas, generalmente a costes altísimos e injustificados, y en muchos casos se acabó trasladando a centros privados a los enfermos cuando la gravedad inicial había remitido.

La privatización de los sistemas sanitarios tiene una serie de efectos negativos en la calidad, el acceso y la equidad en la atención sanitaria. Algunos de estos impactos negativos son los siguientes:

La privatización sanitaria conlleva el aumento en los costes de la atención sanitaria (en España, entre 5 y 11 veces un coste mayor que su alternativa pública), puesto que el fin último de las empresas privadas es el de maximizar sus beneficios. Esto dificulta el acceso a la atención sanitaria para aquellas personas cuyos ingresos no sean elevados y no dispongan de un seguro privado de salud. Por otro lado, los modelos de privatización con financiación pública acaban detrayendo recursos de los centros públicos que ven cómo

empeoran sistemáticamente sus presupuestos y, por lo tanto, su capacidad de responder a la demanda asistencial, generando así un verdadero círculo vicioso.

Se reduce la calidad, ya que las empresas privadas suelen centrarse en la rentabilidad y no en la calidad de la atención sanitaria, lo que se refleja en una peor calidad en comparación con la sanidad pública. Existen estudios que así lo evidencian, como el publicado en 2022 en The Lancet, que señalaba un aumento de la mortalidad evitable relacionado con el incremento de presupuestos públicos destinados a los centros privados en el Reino Unido.

La privatización produce desigualdades en el acceso a la atención médica, puesto que las empresas siempre miran por su rentabilidad, lo que hace que se centren en áreas con mayor poder adquisitivo, así como en pacientes que puedan pagar sus tratamientos y que no tengan muchas patologías, pues esto supone mayores costes para las empresas y, por tanto, menos beneficios. Todo esto conlleva que haya ciertos grupos que no tengan acceso a la atención sanitaria que necesitan.

Se invierte menos en investigación y desarrollo, ya que las empresas privadas suelen tener menos incentivos para invertir en el desarrollo de tratamientos y tecnologías innovadoras debido a que puede no resultarles rentable. Por lo tanto, es preciso considerar que la presencia de empresas privadas en la toma de decisiones sobre los planes de investigación podría llevar a que la investigación no se dirija a mejorar el bienestar social, sino que pase a estar dirigida por el mercado y las empresas, de manera que se priorice la búsqueda de rentabilidad de la financiación de la investigación por encima del beneficio para la salud de la población.

Desatención de la salud pública

Los dispositivos de salud pública estaban significativamente dañados antes de la pandemia; por un lado, debido a la consideración de escenarios en los que las enfermedades infectocontagiosas tenían un papel residual en los países de mayor nivel económico, pero también por los recortes de la crisis de 2008 y de su privatización total o parcial en algunos países. Cuando llega la pandemia, la debilidad de los dispositivos de salud pública es notable y tuvo una especial incidencia en el progreso de la COVID-19, de manera que su intervención, sobre todo en las primeras olas, estuvo llena de deficiencias que impactaron negativamente en el desarrollo de esta.

La desatención de la salud pública hace referencia a la situación en la que las instituciones y los gobiernos no están cumpliendo de forma adecuada con la protección de la salud de la población; por ejemplo, en España, está todavía por desarrollar la Ley General de Salud Pública aprobada en 2011. Esta desatención de la salud pública puede traer graves consecuencias en la salud y la calidad de vida de la población, pues, siguiendo con la problemática de la no universalización de la sanidad, puede conllevar un aumento en las enfermedades contagiosas, en la propagación de las epidemias y en la aparición de enfermedades crónicas.

Además, no solo repercute a nivel de salud, sino que también puede a tener un impacto económico para los países y sociedades. Asimismo, esta desatención por parte de las instituciones y gobiernos en la sanidad podría provocar la desconfianza de la sociedad en estas.

Desabastecimiento: cadenas de suministros deslocalizadas

En la primera y segunda ola de la pandemia se produjo una carencia muy importante de muchos suministros sanitarios (desde mascarillas a respiradores y algunos medicamentos), efecto de la tendencia del neoliberalismo y la globalización a la deslocalización de las cadenas de suministro y producción, que se rompieron con las actuaciones de confinamiento y los cierres temporales de empresas por este motivo, así como por las dificultades en el transporte a gran distancia durante la COVID-19.

El problema fue muy grave en algunos países en los que la ausencia de medios de protección favoreció claramente la propagación de la COVID-19 entre las personas que acudían a los centros sanitarios y sus trabajadores, así como en las residencias de personas mayores, lo que complicó una situación ya de por sí bastante grave.

Estos hechos nos llevan a varias reflexiones pensando en el futuro: la primera es que hay que evitar la dependencia absoluta de suministro desde otros países, máxime si se encuentran situados a miles de kilómetros de distancia, y que debe de potenciarse una industria local o regional que garantice, cuando menos, una parte de estos suministros estratégicos; la otra es la necesidad de tener un centro/almacén de reservas que permita el funcionamiento del sistema ante una nueva emergencia sanitaria durante un tiempo razonable, por ejemplo, varios meses, lo que ya se ha ejecutado en algún país como España.

Capacidad de innovación e investigación

La pandemia reveló una gran capacidad de innovación e investigación y obtuvo resultados brillantes en el caso de las vacunas para la COVID-19, aunque estas no consiguen evitar la propagación de la enfermedad, sino solo mitigar/proteger frente a los casos graves (lo que, por supuesto, es de gran importancia por su impacto positivo sobre la mortalidad y la salud de las personas). Se demostró la capacidad de los conocimientos científicos y de la investigación para obtener resultados positivos en un tiempo récord si se hace un esfuerzo de colaboración mundial y se dedican los fondos suficientes para lograrlo; desde luego también deja en evidencia la desidia a la hora de hacer este esfuerzo en el caso de otros graves problemas de salud que no afectan a los países más ricos o se enfrentan con potentes intereses económicos.

Otro aspecto importante a reseñar es el hecho de que las fuertes inversiones públicas en la investigación que hicieron posibles las vacunas no acabaron revirtiendo sobre los sistemas sanitarios, sino que las multinacionales patentaron estas vacunas y las vendieron, aprovechándose de una posición de monopolio, a precios desorbitados (tanto en relación con los costes de producción como respecto a las inversiones que habían realizado en la investigación). De esta manera, las vacunas se convirtieron en un negocio multimillonario para las empresas que las patentaron y, aunque su eficacia no es cuestionable racionalmente, sí que se perdió la oportunidad de socializar más los beneficios lo mismo que se habían socializado los costes.

Por otro lado, tanto la UE como el Banco Mundial se negaron a levantar la exclusividad de las patentes de forma transitoria ante la emergencia mundial, con lo que estas se hicieron económicamente inaccesibles para una gran parte de la población mundial, y algunas iniciativas para favorecer vacunas gratuitas a los países con menos recursos, como la COVAX (propiciada por la Organización Mundial

de la Salud) se quedaron muy cortas al depender de las donaciones de los países con mayores recursos, y desde luego se alejaron mucho de lograr el objetivo de garantizar el acceso equitativo a toda la población mundial.

No parece que se haya aprendido mucho de esta experiencia, como se evidencia en la propuesta de nueva regulación sobre productos médicos de uso humano de la Comisión Europea y el Parlamento Europeo, que en la práctica se limitan a disminuir el periodo de exclusividad de las patentes, pasando de 10 a 8 años. Se trata de una propuesta totalmente insuficiente, si bien abre las puertas a que la UE promulgue una licencia obligatoria, lo que ha sido reclamado de manera insistente por muchas organizaciones sociales europeas (por ejemplo, No Profit on Pandemic EU).

Desgraciadamente, hasta ahora no se ha tenido en cuenta la necesidad de una respuesta global y accesible a toda la población del planeta a la hora de abordar la vacunación y no parece que exista la intención de adoptar las normas necesarias para hacerlo si aparece una nueva pandemia.

El papel del negacionismo

Durante la pandemia por COVID-19 hemos visto que han ido tomando importancia creciente ciertas tendencias muy preocupantes como el negacionismo y el populismo ligado a la extrema derecha, que además han obstaculizado los numerosos esfuerzos por combatir la propagación del virus y proteger la salud pública.

El populismo, supuestamente, se trata de un enfoque político que basa sus ideas en que la voz del pueblo ha de ser la dominante en la toma de decisiones políticas, lo que en principio parece el fundamento de la democracia, sin embargo, su práctica política suele basarse en la demagogia y en la negación de la complejidad de la realidad (aunque el término es ambiguo, tiene su expresión concreta de manera muy distinta según los países y con frecuencia se utiliza más como un insulto que como una característica ideológica). Es muy frecuente ver cómo los líderes populistas promueven soluciones simplistas a problemas complejos, y utilizan la retórica populista para adquirir más adeptos. Durante la pandemia, este tipo de líderes minimizaron la gravedad del virus, promovieron teorías conspiranoicas e ignoraron las recomendaciones de los expertos en salud pública (los ejemplos de Trump en EE UU, Bolsonaro en Brasil y Boris Johnson en el Reino Unido son los más conocidos, pero no los únicos, porque posiciones populistas y negacionistas han aparecido en mayor o menor medida en todos los países durante la pandemia).

Por su parte, el negacionismo se refiere a la negación de la realidad o la verdad objetiva, sin tener en cuenta las evidencias científicas ni empíricas. Durante la pandemia, el negacionismo estuvo muy presente: se negó la existencia del virus, se minimizó su gravedad, se promocionaron tratamientos no probados ni aprobados, se resistieron a las medidas de salud pública: como el uso de mascarillas, la distancia social o, posteriormente, el uso de la

vacuna a la que se llegó a vincular de manera delirante con la introducción de chips en las personas vacunadas.

Queda patente, así, como ambas tendencias resultaron muy peligrosas durante la pandemia por COVID-19, ya que a numerosos grupos les llevaron a la no adopción de medidas para el control de la propagación del virus y dificultaron mucho la aceptación y el seguimiento de medidas de salud pública y de contención de la propagación o gravedad de la enfermedad.

Vacunación

La vacunación masiva de la población fue una alternativa exitosa en la mayoría de los países con acceso a las vacunas. Se utilizaron básicamente dos modelos, la vacunación centrada en los centros de atención primaria (AP) y la puesta en funcionamiento de centros de vacunación masiva en locales adaptados al efecto, en general, combinándolos con la vacunación en centros o domicilios en los casos de las personas internadas en residencias, cárceles, etc. o con problemas graves de movilidad. En algunos países se combinaron los dos modelos (AP y macrocentros).

El primero demostró grandes ventajas por la gran accesibilidad y cercanía de la población a los centros de AP y su capacidad para reclutar a la población diana con facilidad y eficacia, pero su inconveniente es la necesidad de un mayor número de efectivos profesionales para llevarlo a cabo y una mayor lentitud. El modelo de los macrocentros de vacunación logró vacunaciones muy rápidas de un gran número de personas, pero, por el contrario, tenía un sesgo muy importante en cuanto a la accesibilidad, el nivel socioeconómico y las discapacidades (en general acudían a vacunarse las personas más jóvenes, con más ingresos y con menos discapacidades y, por lo tanto, mayor facilidad de desplazamiento, que obviamente eran las personas con una menor probabilidad de padecer una enfermedad grave).

También parece evidente que los países que optaron por el primer modelo combinándolo con un escalamiento por franjas de edad tuvieron un mayor éxito, porque, aunque avanzaron más lentamente en los porcentajes de población vacunada, lo hicieron con más eficacia (protegiendo primero a quienes tenían más riegos de padecer una COVID-19 grave y, por lo tanto, de morir) y alcanzaron la cobertura de un mayor porcentaje de población, mientras que el modelo de macrocentros avanzó muy rápido inicialmente y luego se estancó.

Obviamente, estas comparaciones tienen limitaciones porque los países que optaron por los macrocentros, en general, tenían un mayor peso del negacionismo, una cobertura sanitaria limitada y en ellos el modelo neoliberal y privatizador (también de la vacunación) era predominante.

El problema de las residencias

Un grave problema durante la pandemia en los países más ricos estuvo en las residencias de personas mayores donde la enfermedad se propagó de manera especial constituyó un foco de infección y con una elevada mortalidad. Los motivos parecen claros, por un lado, el modelo de residencias está “industrializado” en manos de grandes empresas multinacionales —muchas veces propiedad de fondos de inversión—, que en la mayoría de los países incluso gestionan los centros supuestamente de titularidad pública, merced a conciertos, concesiones y otros mecanismos de la denominada “colaboración público-privada”.

El resultado es residencias demasiado grandes, masificadas, con poco personal y condiciones, en muchos casos, insalubres; situación esta mantenida en gran parte con la complicidad de las Administraciones públicas que hacían caso omiso de las denuncias de sus residentes y familiares y no llevaban a cabo las necesarias inspecciones sobre las condiciones de estas. El caso se vio agravado con la existencia de personal que rotaba entre varias de las residencias de cada empresa, lo que favoreció la propagación de la enfermedad, y con la actuación de algunas administraciones, como la de la Comunidad de Madrid, que impidió el acceso a la atención sanitaria fuera de las residencias a los afectados por la pandemia.

De nuevo, la pandemia demostró que las privatizaciones, en este caso de las residencias, son una mala opción porque las empresas siempre intentan aumentar los beneficios empresariales a costa de disminuir la calidad del servicio prestado.

Las desigualdades sociales

Los determinantes sociales de salud han estado patentes en la pandemia. Existen numerosos estudios y evidencias de que estos han influido de manera muy importante en las probabilidades de enfermar, de hacerlo gravemente y de morir por COVID-19. Las personas más pobres se han infectado más y con mayor facilidad, condicionados por sus circunstancias de vivienda (hacinamiento, menor acceso a condiciones higiénicas, etc.), por su mayor uso de transporte público masificado y durante más tiempo, por los problemas económicos para acceder a medios de protección (por ejemplo, mascarillas) y por una mayor presencia de factores de riesgo relacionados con su situación económica y social (mayor prevalencia de obesidad, de hábitos nocivos como el tabaquismo, etc.); además, hay que considerar el efecto de la discriminación y del racismo, y, por supuesto, la inexistencia de cobertura universal del sistema sanitario en algunos países.

Como señala el informe La desigualdad social es la peor pandemia:

Casi todas las enfermedades interactúan dentro de un contexto social caracterizado por la pobreza y desigualdades sociales crecientes. También en el caso de la COVID-19 observamos cómo la confluencia simultánea de numerosos determinantes sociales como las condiciones de empleo y trabajo (donde se incluye el trabajo doméstico y de cuidados), la riqueza y su distribución, la accesibilidad y condiciones de vivienda, el tipo de transporte y movilidad, los servicios disponibles (incluyendo los sanitarios y sociales) y el entorno ambiental, entre otras, generan peores indicadores de salud en las áreas geográficas y grupos sociales con menos recursos y mayor privación material. Todos esos factores conforman las condiciones de vida y trabajo de la gente, en lo que se suele llamar determinantes sociales de la salud y la equidad. Esos determinantes inciden en los grupos sociales caracterizados según

su clase social, género, etnicidad, situación migratoria y lugar donde se vive, y son las causas fundamentales que explican tanto las acusadas diferencias observadas en la incidencia de enfermedad y la mortalidad producida por el coronavirus. Como ha señalado el historiador y urbanista Mike Davis, el coronavirus es una "constelación de epidemias" generada por factores socioeconómicos y sanitarios estrechamente interrelacionados que sinérgicamente aumentan la probabilidad de ser contagiado, enfermar y morir.

Por otro lado, las situaciones de precariedad laboral y de pocos ingresos económicos se agravaron con la crisis económica que acompañó a la pandemia, y fueron muy importantes las medidas paliativas que adoptaron varios países para disminuir la desprotección económica y social.

Existen muchos artículos científicos en prácticamente todos los países del mundo (EE UU, Reino Unido, España, etc.) relacionando estos determinantes sociales con un mayor número de infecciones y de infecciones graves. Por eso es muy importante considerarlos a la hora de la elaboración de las políticas sanitarias.

Problemas de coordinación nacional/regional/mundial

La pandemia demostró la debilidad de los mecanismos de coordinación tanto a nivel mundial como regional e incluso dentro de los mismos países con competencias sanitarias descentralizadas.

En una pandemia se precisan actuaciones bien coordinadas y mecanismos de gobernanza que permitan articular respuestas comunes de forma rápida y que sirvan para compartir experiencias y recursos humanos y materiales, así como realizar evaluaciones de los resultados de las políticas implementadas.

El caso es que la pandemia puso de manifiesto que la coordinación multinivel, en muchos casos, fue problemática. Por ejemplo, en España hubo un claro caso de desajuste de coordinación entre el Gobierno central y los gobiernos autonómicos, especialmente el Gobierno de la Comunidad de Madrid, puesto que se hacían actuaciones contrarias, lo cual llevaba a diversos problemas, no solo políticos, sino también sociales, generando confusión entre la población, por lo que la ciudadanía muchas veces no tenía claro cómo actuar y disminuía la eficacia de las medidas adoptadas.

La desatención de los enfermos no-COVID-19

Durante la pandemia se focalizó toda la atención sanitaria sobre los enfermos con COVID-19 y se desatendió a las demás patologías. Los centros sanitarios se hicieron inaccesibles o poco accesibles a las personas que no estaban afectadas por la pandemia, se suspendieron consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, lo que aumentó de una manera exponencial las demoras en la atención sanitaria. También el miedo de la población a contagiarse hizo que muchas personas no acudieran a los centros sanitarios o retrasaran el hacerlo aun presentando problemas de salud.

Los resultados para la salud no se han evaluado detalladamente, pero existe el convencimiento de que muchas patologías no atendidas, o atendidas a destiempo o de forma inadecuada, están detrás de la discrepancia entre el exceso de mortalidad detectado y la mortalidad por COVID-19, y, desde luego, hay constancia de que el número de cánceres, infartos o accidentes cardiovasculares diagnosticados durante la pandemia fue significativamente menor que en el periodo previo.

No se reforzó la sanidad pública

Aunque durante la pandemia se generó una importante ola de apoyo social hacia los sistemas sanitarios públicos y se realizaron numerosas promesas sobre su refuerzo posterior, los hechos demuestran que las promesas fueron rápidamente olvidadas en casi todos los países.

Algunos ejemplos de España son llamativos: la Agencia Salud Pública, que parece un instrumento clave para afrontar una nueva pandemia y que ya estaba proyectada en la Ley General de Salud Pública de 2011, y cuya creación estaba incluida en las conclusiones y recomendaciones de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica en 2020, todavía no está puesta en marcha; la atención primaria sigue sin haber recuperado la atención presupuestaria (es decir el porcentaje de presupuesto para AP sobre el total de los presupuestos sanitarios públicos) de antes de la crisis de 2008; y el número de intervenciones quirúrgicas en 2022 fue de 22.000 menos que las realizadas en 2019. En resumen, se hicieron muchas promesas, pero la realidad se mantiene muy por detrás.

La movilización social

Durante la pandemia se produjo una gran solidaridad social, no solo con los trabajadores sanitarios y otros trabajadores considerados esenciales, que lograron un importante apoyo social (escenificado en los aplausos desde los balcones), sino que también se organizaron redes sociales, en la mayoría de los casos vecinales, de voluntariado que garantizaban el acceso a los productos básicos durante el confinamiento a las personas más mayores o discapacitadas, especialmente a las que vivían solas. Y es que, a pesar de las tendencias ultraliberales hegemónicas, sigue existiendo un gran compromiso social y solidario en muchas de nuestras sociedades.

Un aspecto importante tras la pandemia, y que merece la pena destacarse, son las numerosas movilizaciones sociales y profesionales que se han producido, al menos en los países europeos (España, Reino Unido, Francia, etc.) exigiendo mejoras en la sanidad pública. El contraste entre las expectativas que se produjeron en el momento álgido de la pandemia, y lo reducido de los avances posteriores, puede haber sido uno de los motores de estas movilizaciones. Aunque también ha influido en ello la profundización de las políticas neoliberales de destrucción y desmantelamiento de los sistemas públicos de protección social.

PROPUESTAS PARA AVANZAR

“La humanidad se propone siempre únicamente los objetivos que puede alcanzar porque, mirando mejor, se encontrará siempre que estos objetivos solo surgen cuando ya se dan o, por lo menos, se están gestando, las condiciones materiales para su realización”.

Karl Marx

Como se ha visto, la situación es muy complicada, porque es evidente que las lecciones que pueden extraerse del desarrollo de la pandemia, que parecían tan claras y socialmente asumidas en el momento más agudo de esta, no se han trasladado a las propuestas de trabajo de los gobiernos en la mayoría de los ámbitos políticos, sanitarios y sociales, si bien es obvio que hay muchas diferencias entre los distintos países y áreas geográficas y económicas.

En esta coyuntura entendemos que habría que avanzar en el desarrollo de las siguientes propuestas para reforzar la sanidad pública y responder a los importantes retos de salud que tiene el planeta.

Prepararnos para afrontar el futuro

Tenemos que ser conscientes de que la COVID-19 no ha sido una pandemia aislada, y que pueden volver a surgir nuevas pandemias y problemas de salud mundiales, ya sean de menor, igual o mayor gravedad. Pues el alto nivel de movimientos internacionales, y la facilidad con la que estos pueden desarrollarse, hacen que el contagio de los virus sea mucho más sencillo y rápido. Por otro

lado, existen riesgos para la salud derivados del cambio climático (aumento de las temperaturas, hambrunas, fenómenos atmosféricos extremos, grandes movimientos de población, etc.).

Tenemos que abordar, tanto a nivel internacional como nacional, regional y local, programas que pongan el foco en evitar en primer lugar el aumento del calentamiento global mediante políticas de descarbonización, de utilización racional de los recursos y de reorientación de la economía, del consumo y de la vida cotidiana hacia la conservación y protección del medioambiente, y esto hay que hacerlo a todos los niveles y en todas las políticas.

Para afrontar los problemas previsibles hay que reforzar los dispositivos de salud pública y poner en marcha las agencias o institutos de salud pública y dotarles del presupuesto suficiente para que puedan afrontar con solvencia la detección precoz y las respuestas adecuadas ante los riesgos que amenazan la salud de la población.

También es necesario elaborar planes de actuación ante emergencias de salud pública, para evitar improvisaciones y garantizar respuestas rápidas y apropiadas.

A nivel comunitario e individual, hay que fomentar la conciencia de la problemática derivada de las amenazas previsibles a la salud pública y favorecer la adopción de las medidas oportunas en cada caso concreto.

Reforzar la gobernanza a todos los niveles

Abordar nuevas emergencias en salud pública precisa de un sistema mundial, estatal, regional y local lo suficientemente potente e integrado para detectar los problemas en su momento inicial y, asimismo, adoptar las actuaciones necesarias para evitar su aumento o propagación. Esta gobernanza pasa por reforzar la Organización Mundial de la Salud y sus organizaciones regionales para darle suficiente capacidad para propiciar alertas ante la

emergencia de problemas de salud, analizarlos con rapidez y poner en marcha las alertas internacionales y las actuaciones necesarias para afrontarlas. Muchos de los problemas de salud que nos amenazan requieren de sistemas de detección, coordinación y actuaciones rápidas que se han demostrado poco eficaces en la pasada pandemia.

Resulta difícil de entender estas limitaciones de las respuestas ante los problemas de salud que no se dan cuando se trata de crisis geopolíticas internacionales que afectan a la economía o a la hegemonía política y militar.

Por otro lado, es importante fomentar la participación social y comunitaria, así como la de los sectores de profesionales de la salud y organizaciones científicas y de la academia/universidad que se impliquen activamente en la detección de las amenazas potenciales para la salud y en la elaboración de políticas públicas para afrontarlas.

Propiciar la soberanía sanitaria y la independencia de las políticas de salud de las multinacionales y las políticas neoliberales

Después de todo lo vivido en los últimos años, ha quedado patente la necesidad de que los sistemas sanitarios y las políticas de salud tengan independencia de las multinacionales, farmacéuticas, tecnológicas y de aseguramiento y provisión sanitaria, así como de las políticas neoliberales, pues estas tienden a mermar la capacidad de los sistemas sanitarios, lo que solo lleva a producir y agravar los problemas de estos.

En este orden de cosas, parece necesario avanzar en las siguientes cuestiones:

Evaluación por parte de los organismos públicos de la eficacia de los fármacos y las tecnologías sanitarias antes de su financiación pública.

Establecer con claridad los conflictos de interés entre los profesionales sanitarios, las agencias y organismos evaluadores, las entidades profesionales y las organizaciones de enfermos y consumidores con los proveedores de tecnología médica.

Asegurar la formación continuada de los profesionales de la salud independiente de la industria tecnológica y farmacéutica.

Controlar el gasto farmacéutico para que este no crezca por encima de los presupuestos sanitarios públicos.

Limitar los precios de los nuevos medicamentos para que se adecuen a los costes reales de investigación y producción.

Asegurar el acceso de la población a los medicamentos necesarios eliminando las barreras económicas que impiden/dificultan el acceso a las personas con menos ingresos o más problemas de salud.

Retorno a las Administraciones públicas de las subvenciones a la investigación para la consecución de nuevos medicamentos (por ejemplo, mediante rebajas en los costes de los medicamentos o participación en los beneficios).

Establecimiento de un nuevo modelo de patentes que tenga en cuenta una retribución ajustada de los nuevos medicamentos y limite estas a criterios de rentabilidad promedio para que no puedan utilizarse situaciones de monopolio para imponer precios abusivos.

Levantamiento de las patentes en casos de urgencias de salud para garantizar el acceso a medicamentos imprescindibles a todas las personas que los precisen en cualquier punto del planeta.

Favorecer la utilización de genéricos y biosimilares.

Propiciar industrias farmacéuticas públicas que aseguren el abastecimiento de los medicamentos esenciales a precios asequibles y que potencien la investigación centrada en los problemas de salud prevalentes entre la población.

Potenciar industrias de suministros sanitarios fundamentales a nivel estatal, nacional o regional.

Extender y universalizar la protección sanitaria

Si la salud es un derecho humano fundamental, tal y como reconocen el sentido común y los organismos internacionales como la ONU, OMS, etc., hay que propiciar el acceso a su protección y, por lo tanto, a las prestaciones asistenciales de todas las personas. Por eso la OMS propugna la cobertura sanitaria universal dentro de la estrategia de “Salud para todos”.

Esta estrategia tiene una doble vertiente, la cobertura por los sistemas sanitarios de cada país de todas las personas que se encuentran en esto, y los movimientos masivos de población, internacionales y nacionales, que hacen considerar la necesidad de que la universalización de la sanidad ha de hacerse una realidad, y que el tiempo apremia.

La cobertura universal no va a conseguirse sin lograr unos potentes sistemas sanitarios públicos que la garanticen adecuadamente porque dejar al mercado la cobertura sanitaria propicia, por un lado, la desprotección o una atención sanitaria devaluada de las personas con bajos recursos (algo parecido al modelo de beneficencia), y ya se sabe, como muy bien señaló Olor Palme, que “un servicio para pobres será siempre un pobre servicio”, y, por otro lado, la desatención de aquellos problemas de salud que no tienen una rentabilidad económica para las empresas privadas.

En este avance de la cobertura universal es importante tanto garantizar el acceso a esta de las personas no regularizadas que viven en los países (una situación cada vez más frecuente y preocupante) como la integración de todos los recursos financiados públicamente y una cobertura equitativa, que choca con la existencia de sistemas paralelos de atención financiados públicamente, como, por ejemplo, las mutualidades de funcionarios o las mutuas laborales en España, que generan circuitos y derechos diferentes a la atención sanitaria para grupos de población, propiciando desigualdad e inequidad a la vez que fomentan la provisión privada.

Reforzar los sistemas sanitarios públicos

Ya hemos visto como universalización del derecho a la atención sanitaria y sistemas sanitarios públicos van de la mano, y también que solo desde potentes sistemas públicos pueden afrontarse con eficiencia y eficacia las emergencias sanitarias graves. Por eso es tan importante la potenciación de la sanidad pública que tanto se prometió durante la pandemia. Esta debería de pasar por:

Mejorar y aumentar la financiación de la sanidad pública. No es posible un funcionamiento adecuado del sistema sanitario si no le garantiza una financiación suficiente. Debería de garantizarse, como mínimo, un 8% del PIB destinado al sistema sanitario público para alcanzar, al menos, un 85% del gasto sanitario total financiado públicamente. Asimismo, es importante en los sistemas sanitarios descentralizados que exista una financiación finalista para impedir grandes diferencias interterritoriales en los servicios autonómicos, como sucede en España.

En algunos países, como EE UU, en los que no existe o es mínima una red sanitaria pública, lo que se trataría es de poner en marcha un sistema sanitario público de suficiente entidad para abordar la mayoría de los problemas de salud de la población, en otros, las opciones pasan por articular la integración de los diferentes subsistemas públicos en una única entidad, etc.

En los sistemas públicos ya existentes habría que parar las privatizaciones y recuperar lo privatizado. Aumentar la financiación pública sin detener la deriva privatizadora puede suponer solo mejorar la financiación de las empresas privadas y su cuenta de resultados. Es importante, por lo tanto, garantizar la gestión pública de los servicios sanitarios porque el sector privado antepone siempre sus intereses económicos sobre el derecho a la salud de la población. Por eso es necesario el compromiso con los sistemas públicos mediante la adopción de una legislación que consolide la gestión pública. Un asunto más complicado es la reversión de las privatizaciones, que suele ser compleja y que necesita tener en

cuenta las concesiones, contratos, etc., que las favorecen y que suelen ser distintos en cada caso concreto; pero, evidentemente, es posible hacerlo, como demuestran las desprivatizaciones exitosas en la Comunidad Valenciana. Por otro lado, y mientras esta reversión se produce, hay que controlar estrictamente el cumplimiento de los contratos existentes, pues es muy habitual su incumplimiento sistemático. En definitiva, se trata de cambiar el rumbo desde una privatización creciente hacia un refuerzo continuado de los centros de propiedad y gestión pública; al final es, sobre todo, una cuestión de voluntad política.

Utilización intensiva de los recursos públicos para reducir listas de espera, lo que debe de complementarse con un aumento de las plantillas de profesionales.

Una red hospitalaria pública con capacidad suficiente para atender las necesidades de la población, que debería de tender hacia la consecución de 5 camas/1.000 habitantes y, en general, que fomente las camas de media y larga estancia, que es donde se concentran la mayoría de las carencias.

Una política de personal que se base en el respeto de los derechos laborales, en la búsqueda de la estabilidad en el empleo y unas retribuciones justas, que fomente la calidad de la atención sanitaria y la dedicación exclusiva al servicio público de todo el personal

Propiciar el trabajo en equipos multiprofesionales en los centros sanitarios para utilizar adecuadamente todas las competencias profesionales en la mejora de la atención sanitaria y favorecer un enfoque holístico de la asistencia.

Aumentar la formación de profesionales y darles un enfoque de mayores conocimientos sobre salud pública, determinantes de salud y enfoque comunitario de la atención sanitaria. Es preciso fomentar el compromiso de los profesionales de la salud con el sistema sanitario público y el derecho a la salud de todas las personas.

Desarrollar especialmente áreas marginadas en la asistencia sanitaria, como la salud mental comunitaria, dotándola de recursos que le permitan atender la demanda emergente, y la salud sexual y reproductiva, tanto en su aspecto preventivo de formación de

profesionales y población como en la anticoncepción y el aborto.

Lo que ha quedado claro tras la pandemia por COVID-19 es que unos países sin sistemas sanitarios públicos fuertes no pueden hacer frente de una manera adecuada a una pandemia de tal calibre. Ha quedado patente que, en aquellos países con más recursos sanitarios públicos, a pesar de las altas tasas de contagios, las tasas de mortalidad fueron más bajas.

Es por ello necesario establecer una sanidad pública, universal y de calidad, pues no se puede dejar que los sistemas sanitarios públicos se deterioren, por lo que se ha de invertir en ellos y apostar decididamente por su refuerzo y mejora.

Potenciar la atención primaria y comunitaria

La atención primaria de salud (AP) favorece la equidad, es un sistema inclusivo que atiende a las personas de acuerdo con sus necesidades/problemas de salud sin tener en cuenta sus circunstancias culturales, sociales o económicas. A la vez, puede solucionar entre el 80 y el 90% de los problemas de salud de la población, siendo especialmente importante para el seguimiento de los enfermos crónicos y pluripatológicos, porque tiene una gran capacidad resolutiva.

La AP permite garantizar la continuidad y longitudinalidad de la atención sanitaria. Se establece una relación de confianza mutua entre el paciente y el profesional que realiza el seguimiento de sus problemas de salud a lo largo del tiempo y de su vida. La longitudinalidad ha demostrado ser beneficiosa en términos de mortalidad y morbilidad, disminuir los ingresos hospitalarios y las utilizaciones innecesarias de los servicios de urgencias.

Otro de sus valores fundamentales es la accesibilidad, cualidad innata a la AP, que posibilita que los distintos problemas de salud reciban la asistencia sanitaria necesaria y adecuada en el momento oportuno y con las mínimas barreras posibles.

La AP adecua la atención sanitaria a las condiciones sociales y personales de los individuos y sus familias y desarrolla actividades comunitarias, entre ellas, las de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, que intervienen sobre las personas y sobre los determinantes de salud.

Sin olvidar su principal activo, que son los profesionales, sanitarios y no sanitarios, que con su compromiso, voluntad y esfuerzo mantienen vivo este recurso fundamental para el estado de bienestar de la ciudadanía.

La AP ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud como un modelo de éxito, por su capacidad resolutiva y su eficiencia; por otro lado, es fundamental para mantener la cohesión social e interterritorial y como un mecanismo para corregir las desigualdades.

Es, por tanto, importantísimo contar con un primer nivel asistencial que pueda hacer frente ante el volumen de personas y la gravedad de diferentes situaciones sanitarias que puede surgir. Se debe potenciar la atención primaria y comunitaria en todos los países.

Para ello necesitaríamos, tal y como señalan desde “Salvemos la atención primaria”:

Recuperar lo recortado en los últimos años, incrementando el presupuesto (hasta el 25% del total) y las plantillas de personal y eliminando las trabas de acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas. Plantillas estables y empleo de calidad (retribuciones, etc.).

Garantizar unos centros de salud abiertos, accesibles, próximos a toda la población y sin listas de espera. En AP es intolerable una espera superior a 48 horas.

Dar prioridad a las consultas presenciales, fundamentales para lograr una eficaz relación profesional/paciente y una atención de calidad. Las consultas telefónicas y telemáticas deberán tener un papel complementario y no discriminatorio para personas mayores

o con dificultades para manejar las nuevas tecnologías.

Incrementar las plantillas de profesionales, muy especialmente de enfermería comunitaria, e incorporar nuevos profesionales a los equipos (fisioterapia, matronas, salud mental, logopedia, atención temprana, farmacología clínica…), ahora, en general, solo accesibles por derivación externa y con inauditas demoras, lo que ocasiona fugas de pacientes. Limitar el número de consultas médicas sin modificar las estructuras de personal y el funcionamiento de los centros genera listas de espera inaceptables.

Incrementar el personal de las áreas de admisión, formarlo adecuadamente para mejorar la relación con la comunidad y garantizar, en estrecho contacto con el personal asistencial, la distribución de las demandas de atención en los centros.

Desmedicalizar la atención primaria y ofertar opciones de cuidados con una orientación comunitaria y sociosanitaria, teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional creciente y las situaciones que ocasionan inequidad (migración, paro, pobreza…); así como favorecer los autocuidados y el apoyo mutuo, la promoción, la prevención y la rehabilitación.

Mejorar la relación con el nivel hospitalario, potenciar los procesos asistenciales como base de la atención de salud, coordinados desde la atención primaria, incrementando su capacidad resolutiva

Desarrollar la orientación comunitaria en los centros de salud con la colaboración de Salud Pública y la consideración de los determinantes sociales de la salud. Promover la participación de las administraciones locales para la promoción de salud identificando y promoviendo los activos para la salud de la comunidad. Mejorar la atención sociosanitaria a personas mayores y a otros grupos vulnerables.

Transformar las áreas de salud para que se conviertan en el espacio para la integración de todas las actuaciones y actividades de salud, dotándolas de instrumentos para la planificación y gestión participativa.

Garantizar la participación y empoderamiento de los ciudadanos

para la promoción de salud y la mejora de los servicios sanitarios con la constitución de consejos de salud que permitan una participación real y efectiva. La participación ciudadana no debe ser solo para la mejora de los servicios sanitarios, sino también para estrategias de promoción de salud. Si nos limitamos a los consejos de salud de área, no habrá una participación real, deben ser también de ámbito municipal y, en algunos casos, de zona básica de salud.

Promover el nivel de inteligencia de la atención primaria potenciando las actividades formativas, docentes y de investigación, con recursos y equipamiento propio y suficiente.

Abordar los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son crónicamente desatendidos por el sistema sanitario y los servicios de salud. Tenemos que cambiar de perspectiva y abordarlos de manera sistemática.

Para ello necesitamos ser conscientes de que salud y enfermedad tienen su origen en aspectos biopsicosociales y ambientales donde nuestra forma de vivir y desarrollarnos (en sus vertientes individuales, sociales y del medioambiente) son fundamentales, a la vez que el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria son bienes comunes universales que no pueden estar en manos del mercado, y, por fin, que las actuaciones del sistema sanitario tienen que responder a criterios de eficacia, eficiencia y calidad a la vez que tienen que ser adecuadas y aceptables socialmente.

Para conseguirlo se precisa avanzar en:

La transparencia y democratización del sistema sanitario.

Aumentar las inversiones en salud pública, en prevención de la enfermedad, vigilancia y promoción de la salud, y los determinantes

sociales de la salud y la equidad.

Incrementar las inversiones y políticas preventivas, en especial en lo referente a la salud laboral, ambiental, mental y del sector de cuidados.

Ofrecer a los profesionales sanitarios una educación y formación continuada, más integral y holística, independiente de la industria farmacéutica.

Desmedicalizar la atención sanitaria, evaluar los efectos secundarios de las actuaciones sanitarias y sus potenciales efectos secundarios dañinos para la salud, aplicar las intervenciones y la tecnología de forma más humana y controlada, hacer su evaluación de forma independiente.

Realizar un enfoque de “salud en todas las políticas”, con un sistema de evaluación que valore integralmente las políticas de salud y de reducción de las desigualdades.

Propiciar una perspectiva de género en la detección de los problemas de salud, la atención e investigación sanitaria.

Desarrollar un sistema de información y vigilancia sociosanitario integral, capaz de entender y vigilar de forma democrática el conjunto biopsicosocial de la salud poblacional.

Invertir en investigación biomédica, pero, en especial, en los problemas de salud pública, con una mayor participación social y comunitaria.

Garantizar condiciones adecuadas de los espacios sociosanitarios

La situación de la atención sociosanitaria, en manos de grandes multinacionales con la única perspectiva de conseguir grandes beneficios, se ha desvelado como un gran problema para la salud de las personas usuarias de esta. En este sentido, habría que desarrollar las siguientes actuaciones:

Aumentar la financiación del sistema de atención a la dependencia y actualización de la normativa que la sustenta:

Aumento de la financiación pública a través de los impuestos centrales y autonómicos y supresión de las deducciones fiscales que solo favorecen a los que disponen de más poder adquisitivo para abordar las necesidades crecientes de las personas con necesidades sociosanitarias, estén institucionalizadas o permanezcan en su entorno.

Revisar las leyes de la dependencia y, en su caso, actualizar la normativa (con perspectiva de género) que ponga el foco en las necesidades reales de las personas.

Transformar el modelo residencial despersonalizado y avanzar a otros modelos de atención:

Eliminar estructuras físicas inadecuadas, donde se dispensan cuidados estandarizados, rutinarios, despersonalizados y, en ocasiones, con coacciones a personal y residentes para silenciar sus quejas.

Modificar el actual modelo de residencia tanto para las personas con dependencia física como para los discapacitados psíquicos o personas con enfermedad mental. Residencias a escala humana: tamaño limitado, acotación de número de residentes y espacios adecuados para establecer sectorizaciones en caso de situaciones epidémicas.

Favorecer entornos inclusivos y dotarlos de medios tecnológicos que faciliten las actividades de la vida diaria y la comunicación con las familias y amigos, garantizando la seguridad y la accesibilidad.

Centros abiertos a la comunidad en la que viven (lo que beneficia la

sociabilización e integración).

Adoptar un enfoque integrado “centrado en la persona y sus necesidades” que proteja su autonomía, dignidad, derechos y valores. Incluye “no sujetar”, ni con contenciones físicas ni con medicalización.

Soluciones adecuadas y urgentes por parte de la administración pública:

Un modelo sociosanitario 100% universal y de calidad con una coordinación eficiente entre los servicios de salud, los servicios sociales y salud pública. Todas las nuevas residencias que se abran deberán de ser de titularidad y gestión pública.

A medio plazo, recuperar para la gestión pública las residencias que hayan externalizado la gestión con empresas y grupos privados; a largo plazo, reintegrar todas al sistema público de atención a la dependencia.

Hasta que se implante el modelo de titularidad y gestión pública se deben articular las medidas reglamentarias necesarias para evitar la concentración de centros en manos de oligopolios empresariales, cuyo objetivo sea el rendimiento económico, así como una profunda revisión y actualización de los pliegos de condiciones técnicas para evitar las bajas temerarias en los concursos públicos.

Inspecciones y auditorías permanentes de calidad.

Coordinación adecuada con el sistema sanitario:

Los centros residenciales deberán de estar directamente asignados a centros de salud de atención primaria correspondientes que deberán contar con los recursos (profesionales) y medios (sistemas de

información, formación, medios materiales) suficientes para garantizar una atención sanitaria integral.

Disponer de equipos especializados (hospitalización a domicilio, equipos de soporte…) que permitan atender los casos más complejos en el ámbito residencial para evitar ingresos hospitalarios y desplazamientos a urgencias innecesarios.

Desde salud pública, asesoramiento a las residencias y establecimiento de un modelo de vigilancia (screenings periódicos…). Elaboración de planes de contingencia.

Formación específica del personal de las residencias acerca de aspectos relacionados con medidas preventivas y existencia de un equipo COVID dentro de la residencia que sea el referente con atención primaria y con salud pública.

Personal con formación adecuada y condiciones laborales dignas:

Incremento del personal que trabaja en las residencias, ratios adecuadas basadas en los grados de dependencia de las personas residentes, condiciones laborales dignas y con formación continuada.

Actualización y revisión del convenio laboral. Los cuidados dignos deben de estar bien remunerados y hay que suprimir la brecha de género.

Equiparación progresiva con las retribuciones del sector público que trabajan en el mismo sector.

Aprobar una norma estatal para adecuar las ratios profesionales, desglosadas por categorías profesionales y cumplir las normativas de prevención de riesgos laborales.

Formar equipos multidisciplinares en los que se trabaje de manera horizontal para evitar la violencia que se ejerce de forma vertical hacia las trabajadoras.

Formación del personal en los derechos al final de la vida.

Comunidad de cuidados con participación de residentes, familiares y personal de los centros:

Garantizar los derechos de los usuarios como el derecho a la información y el derecho a la participación.

La información debe ser totalmente transparente y puesta a disposición de los usuarios y los familiares de manera sencilla y comprensible.

Las medidas que adopten las Administraciones públicas y las propias residencias, respecto al funcionamiento de estas, deberían ser consensuadas con los usuarios y sus familiares y se debería fomentar su asociacionismo.

El derecho a mantener contacto (visitas) de los usuarios con los familiares, así como a salir de la residencia debe garantizarse de manera prioritaria, adoptando las medidas de seguridad necesarias en cada momento.

Fomentar la participación a las trabajadoras y trabajadores, a residentes y a sus familiares para seguimiento y control de la gestión, de los estándares de calidad del centro, con informes y evaluaciones periódicas.

Incorporar la realización de consentimientos informados, hojas de reclamaciones oficiales y carta de derechos del residente.

Búsqueda de soluciones alternativas a las residencias:

Impulsar la atención domiciliaria con el objetivo de llegar a un 15% de la población con dependencia.

Buscar soluciones más creativas, respetuosas y que permitan envejecer en los propios domicilios y en el propio entorno el máximo posible.

Impulsar nuevos modelos convivenciales: viviendas compartidas, tuteladas, colaborativas u otras similares, mediante actuaciones e inversiones directas, cesión de suelo público u otras medidas de apoyo.

Final de la vida:

Debe abandonarse la cosificación de las personas mayores sin escuchar sus deseos y opiniones.

Promover el testamento vital.

Evitar el encarnizamiento terapéutico, información clara sobre todo a familiares y mayores.

Integración de los sistemas de información:

Avanzando en una historia sociosanitaria única que integre la información sanitaria y social. En estos momentos existe una brecha entre la información (contenido y calidad) del sistema sanitario y el sistema social. Trabajar por una coordinación estrecha entre los dos sistemas supone compartir información, diseñando una historia sociosanitaria que pueda servir para las personas susceptibles de atención sanitaria y social desde los dos ámbitos y, además, una inversión tecnológica que garantice la plena operatividad desde uno u otro ámbito.

Creación de comisiones permanentes de coordinación sociosanitaria

y metodología de trabajo homogénea:

Con participación de salud pública, atención primaria y atención especializada y las personas afectadas o sus familiares, para mejorar la coordinación e integración de la atención a las personas con este tipo de necesidades.

Para avanzar en la consecución de todos estos objetivos debemos tener en cuenta dos cuestiones fundamentales. La primera es que la sanidad pública está en nuestra sociedad en riesgo permanente, porque responde a una premisa básica, el esfuerzo solidario de los que tienen una mejor salud y más medios económicos con las personas que están más enfermas y tienen menos recursos. En este sentido, es un mecanismo fundamental de solidaridad social, de búsqueda de la equidad y la cohesión social, y obviamente choca con los planteamientos neoliberales que propician la insolidaridad, la hegemonía del mercado y del dinero a la hora de solucionar cualquier tipo de necesidad por elemental que esta sea. Por lo tanto, existe una tensión permanente entre una sociedad cada vez más penetrada por el neoliberalismo y el mantenimiento de la sanidad pública y otros servicios públicos, entre el Estado mínimo y el estado de bienestar.

La segunda es que la solución positiva de este problema, en el caso de la sanidad, depende de tres factores: del apoyo mayoritario de la población, que suele darse, especialmente, en los países donde se tiene la experiencia de un sistema sanitario público de calidad; de la existencia de sectores profesionales significativos que apoyan un sistema público de salud, un factor muy cambiante según los países, en general, también importante donde hay una experiencia de servicios nacionales de salud; y, por fin, de la existencia de gobiernos más o menos progresistas o de izquierdas que apuesten decididamente por la sanidad pública. Por supuesto, la combinación y la potencia de los tres factores es lo que acaba produciendo que predomine una u otra política sanitaria y, por ello, hay que trabajar para desarrollarlos.

De todas maneras, hay que ser conscientes de que los sistemas sanitarios públicos tienen una gran capacidad de resistencia, al menos en los países con sistemas políticos democráticos. Un buen ejemplo de ello es el Reino Unido, donde las políticas de desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud iniciadas por Margaret Thatcher, hace ya más de 40 años, todavía no han conseguido acabar con el NHS, aunque, por supuesto, lo han debilitado y deteriorado de manera muy importante, por lo que no hay que confiarse y continuar trabajando para su defensa y mejora.

Las propuestas que hacemos son toda una batería que podrán desarrollarse de manera más o menos completa de acuerdo con las condiciones concretas de cada país, región, etc., pero hacia las que deberíamos de ser capaces de avanzar si queremos dar una respuesta adecuada a los retos que va a afrontar nuestra sanidad pública en los próximos años, que van a ser muy importantes. De la respuesta que demos dependerá nuestra capacidad para afrontar estos graves problemas previsibles con mayores probabilidades de éxito. La salud de todos y todas depende de ello.

Bibliografía

Benach

, J. (2020): La salud es política. Un planeta enfermo de desigualdades, Barcelona, Icaria.

Benach

, J. y

Muntaner

, C. (2005): Aprender a mirar la salud, Barcelona, Viejo Topo.

FADSP

(): “La desigualdad social es la peor pandemia”. Disponible en

https://bitly.ws/TQrW.

Frieden

T. et al. (2023): “The road to achieving epidemic-ready primary health care”, Lancet Public Health, 8: e383–90.

Gine

, A. y

Martín

, U. (2019): “¿Qué riesgos tiene la privatización sanitaria?”, Oseki. Disponible en https://bitly.ws/TQs9.

Goodair

, B. y

Reeves

, A. (2022): “Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatization”, Lancet Public Health, 7: e638–46.

Gutierrez Sebastián

, M. (): “El necesario cambio de modelo de las residencias de mayores”, FADSP. Disponible en: https://bitly.ws/TQsf.

OCDE

(2022): “OECD Health Statistics 2022”. Disponible en https://bitly.ws/TQsk.

Patel

, J. et al. (2023): “Social determinants of health and COVID-19: An evaluation of racial and ethnic disparities in attitudes, practices, and mental health”. Disponible en https://bitly.ws/TQtb.

Salvemos la Atención Primaria

(2021): “Análisis y propuestas para intentar superar la situación crítica de la Atención Primaria tras la pandemia COVID”, FADSP. Disponible en https://bitly.ws/TQti.

Sánchez Bayle

, M. (coord.) (2019): Privatización sanitaria: análisis y alternativas, Barcelona, El Viejo Topo.

— (2023): “La Atención Primaria que necesitamos”, Infolibre, 16 de marzo. Disponible en https://bitly.ws/TQtr.

Zafra,

E.;

Sánchez

, C. y

Coma

, M (): “Atención sociosanitaria. Análisis y propuestas de mejora”, FDASP. Disponible en https://bitly.ws/TQtz.

Sobre los autores y las autoras

José Manuel Aranda Regulés

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, doctor en Medicina. Médico de centro de salud, docente e investigador en atención primaria y promoción de salud.

Miguel Cabral de Pinho

Médico especialista en Salud Pública, en Agrupación de Centros de Salud Maia/Valongo, Dirección Regional de Salud Norte, IP. Trabaja como autoridad sanitaria en Maia y Valongo. Colabora en la enseñanza de clases relacionadas con sistemas de información y salud digital desde 2019 en la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidade NOVA de Lisboa.

Madalina Crisbasianu

Socióloga, máster en Sociología Aplicada: Problemas Sociales. Pre-doc en Sociología y Antropología: "La 'marea blanca' en la Comunidad de Madrid: movilización contra la privatización de la sanidad pública, desde el año 2012".

Victoria Ixshel Delgado Campos

Doctora en Ciencias Sociales y Humanidades por la UAM-C, tiene una maestría en Medicina Social y es licenciada en Nutrición por la UAM-X. Sus líneas de interés son alimentación, salud y política social, políticas públicas en salud, sistemas de salud y derecho a la

salud y alimentación en México. Titular de la secretaría particular. Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Isabel Do Carmo

Especialista en Medicina Interna y Endocrinología, profesora jubilada de la Facultad de Medicina de Lisboa. Exdirectora del Servicio de Endocrinología del Centro Hospitalario Lisboa Norte. Miembro del grupo Estamos del lado de la Solución y la Plataforma Reforzar el SNS.

Sergio Fernández Ruiz

Vicepresidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) de Madrid, ha escrito numerosos artículos y participado en la redacción de informes sobre la atención primaria y especializada en las CC AA. Coautor del libro Salud, pandemia y sistema sanitario (Akal, 2021).

Silvana Forti

Investigación y gestión en políticas y organización de servicios de salud y urbanismo. Directora del Laboratorio Urbano de la Universidad Modelo.

Cesar Gattini

Instituto de Salud Poblacional. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Fernando Lamata Cotanda

Doctor en Medicina. Ha trabajado en gestión sanitaria y salud pública. Miembro de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento.

María Eugenia León Rueda

Licenciada en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid y especialista en Urología por el Hospital Clínico de Madrid. Ha trabajado en diversas iniciativas en España, Estados Unidos y varios países de África.

Oliva López Arellano

Médica, epidemióloga y académica mexicana. Profesora-investigadora en la Universidad Autónoma Metropolitana, titular de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Doctora en Ciencias de la Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública. Su labor académica la ha realizado en el área de políticas y sistemas de salud. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Carlos Ponte Mittelbrunn

Médico jubilado, actual presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias (ADSPA).

Daniel Puga Reimann

Médico licenciado en la Universidad Complutense de Madrid. Realizó la especialización en Microbiología y Enfermedades Infecciosas en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid y la especialización de Medicina Interna en el Hospital Albert Einstein de Filadelfia. Ha trabajado en diversas iniciativas en España, Estados Unidos y varios países de África.

Laurinda Queirós

Médica especialista en Salud Pública, jubilada. Trabajó en la Dirección Regional de Salud del Norte de Portugal a nivel local y regional. Trabajó como Autoridad de Salud. Colaboró con la Dirección General de Sanidad en programas de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y como punto de contacto en redes europeas, y presidió la Comisión Nacional para la Erradicación de la Poliomielitis.

Sally Ruane

Profesora asociada en Política Social, con especialidad en Política de Salud en la Universidad de Montfort (Leicester) y miembro del ejecutivo nacional de una campaña en defensa de la sanidad publica.

Marciano Sánchez Bayle

Doctor en Medicina, especialista en Pediatría y Nefrología, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, vicepresidente de la Internacional Association of Health Policy y miembro del Comité Científico del Observatorio Iberoamericano de Políticas y Sistemas de Salud.

Carmen Sánchez Bellido

Neumóloga. Diplomada en Salud Pública. ADSP-Aragón.

Carlos Sánchez Fernández

Periodista, máster en Comunicación Audiovisual. Coautor del libro Salud, pandemia y sistema sanitario (Akal, 2021) y colaborador de varios medios de comunicación en los que ha publicado artículos sobre sanidad y salud (El País, Nueva Tribuna, etc.).

Serapio Severiano Peña

Médico. Salubrista. Máster en Administración Sanitaria. Miembro del equipo de redacción de la revista Acceso Justo al Medicamento.

NOTAS

1 . Aquí, nos alejamos de las definiciones de la globalización que privilegian sus dimensiones económicas o que la definen como un modelo económico global, puesto que esta percepción, desde el punto de vista ideológico, es uno de los caminos más efectivos de consolidación y legitimación de una forma de hegemonía que, además, tiende a presentarse como el único modelo posible que conlleva dos consecuencias importantes: un efecto de inexorabilidad de la globalización y un ocultamiento de las asimetrías y diferenciaciones que produce y reproduce dicho modelo. Desde el punto de vista de la producción del conocimiento, esas definiciones no consiguen ver las contradicciones, disyunciones y los límites en todas las formas de globalización (Mürekkep, 2002).

2 . Hegemonía que aquí la definimos como una construcción política que resulta de los conflictos (de intereses particulares-generales) y confrontaciones (entre las clases) permanentes que se suscitan y resuelven dentro del Estado. Así, el elemento esencial reside en el proyecto hegemónico resolutivo (en apariencia) de las contradicciones entre los intereses particulares y los intereses generales a través de un proyecto nacional que especifica un conjunto de políticas supuestamente de interés nacional, pero que en realidad sirven a los intereses a largo plazo del capital, mientras al mismo tiempo avanzan con estrechez ciertos intereses sociales y económicos, de corto plazo, de los grupos dominados. Envuelve también la neutralización de las fuerzas contrahegemónicas aún por el uso de la fuerza si es necesario (Jessop, 1990).

3 . Como la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

(ISSSTE), la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), la Asociación de Hospitales Privados, el Instituto de Salud del Estado de México y las áreas de atención médica de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Marina (SEMAR) y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), que participaron en actividades intersectoriales, sumando equipos, recursos y personal.

4 . Reporte epidemiológico COVID-19 de la Ciudad de México, en http://bitly.ws/Q2ek.

5 . Apartado de “Trámites y servicios” de la web de Ciudad de México, en http://bitly.ws/Q2jz.

6 . “Portal de datos abiertos” de la web de Ciudad de México, en http://bitly.ws/Q2pS.

7 . Disponible en https://bitly.ws/TorD.

8 . Consenso de Washington, término acuñado en 1989 para describir las estrategias de liberalización económica y reducción del Estado, inicialmente en los países en desarrollo, pero después con carácter general.

9 . El gasto sanitario es el 6,6% del PIB en 2022. Cuando Keynes y Robertson acuñaron el concepto de PIB, a los servicios públicos les asignaron los costes que suponen para el Gobierno, sin incluir su valor añadido.

10 . El estudio realizado en 14 centros de salud de Cataluña muestra que las prácticas de prevención y promoción (consejos de comportamiento, etc.) no encajan en modelos comunitarios.

11 . Encuesta SEMFYC. Disponible en https://bitly.ws/TEGc.

12 . La Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) ha desmitificado estas expectativas en el documento: https://bitly.ws/TENS.

13 . “People´s Health Movement. Manifiesto”, en https://bitly.ws/TEUS.